

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES
PSICOLÓGICAS AO LONGO DO PROCESSO
TERAPÊUTICO: ANÁLISE DE CASOS COM MAIOR
REGULAÇÃO**

Jessica Raquel Nazário Condeixa

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)**

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**REGULAÇÃO DA SATISFAÇÃO DAS NECESSIDADES
PSICOLÓGICAS AO LONGO DO PROCESSO
TERAPÊUTICO: ANÁLISE DE CASOS COM MAIOR
REGULAÇÃO**

Jessica Raquel Nazário Condeixa

**Dissertação orientada pelo Prof. Doutor António José dos Santos
Branco Vasco**

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa)

2015

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Branco Vasco pela orientação e constante desafio ao longo do ano, por me ajudar a diminuir a ansiedade e a ver com clareza, por ser um marco na minha formação enquanto futura Psicóloga e por me fazer crescer e auto-desafiar enquanto Pessoa.

À Professora Doutora Ana Ferreira, pela disponibilidade e esclarecimentos.

À Margarete, colega de investigação e companheira de trabalho, pelo apoio e incentivo mútuo ao longo deste caminho, sem os quais não teria sido possível ultrapassar obstáculos e alcançar conquistas.

Às amigas da faculdade, pela motivação ao longo deste ano e companhia para dias (e noites) de trabalho, ou apenas para dias (e noites) de partilhas, desabafos e diversão. Pela amizade ao longo destes cinco anos, que faz com que vos leve comigo para a Vida.

Às amigas de sempre e para sempre, pelo apoio constante, pelo incentivo, pelos momentos de diversão (e loucura saudável) e por serem a minha base segura.

Às colegas de casa, por fazerem da RUDD a minha segunda casa.

Aos meus pais, ao meu irmão e às minhas avós pelo constante incentivo, por acreditarem e me lembrarem que sou capaz.

A todos os participantes desta investigação, pela disponibilidade e partilha.

A ti, Primo, pelo exemplo de coragem e pela força que deixaste comigo.

Resumo

Enquadrada conceptualmente no Modelo de Complementaridade Paradigmática (2001), a presente investigação centra-se no estudo da mudança ao longo do processo terapêutico. Foi estudada a evolução da capacidade de regulação das necessidades psicológicas, bem como a associação entre a mesma e a evolução dos processos de regulação, dos perfis de discrepância, do nível de discrepância do *Self*, da sintomatologia, da estimativa de melhoria e da qualidade da aliança terapêutica. Objetivou-se ainda comparar indivíduos “com perturbação” e “sem perturbação em relação à capacidade de regulação. Por último pretendeu-se explorar a relação entre as discrepâncias do *Self* e a sintomatologia. Foram aplicados instrumentos para avaliação das variáveis referidas a uma amostra clínica de conveniência, em vários momentos do processo terapêutico. Os resultados mostram, tanto ao nível da análise global como intra-individual, que nos casos em que aumenta a regulação, a funcionalidade dos processos tende a aumentar, de forma não coerente, enquanto a estimativa de melhoria aumenta e a qualidade da aliança oscila. Com o aumento da regulação as discrepâncias do *Self* tendem a diminuir, acompanhando a sintomatologia, enquanto os perfis de discrepância diminuem de forma menos linear. Indivíduos “sem perturbação” tendem a ter uma maior capacidade de regulação das necessidades do que indivíduos “perturbados”. Os resultados demonstram suporte empírico acerca da influência da capacidade de regulação das necessidades psicológicas na evolução das restantes variáveis, parecendo ter, no processo terapêutico, um papel mediador. Foi ainda possível corroborar conclusões de estudos anteriores, que relacionam uma maior capacidade de regulação a uma menor sintomatologia.

Palavras-chave: processo terapêutico, necessidades psicológicas, capacidade de regulação, sintomatologia, Modelo de Complementaridade Paradigmática

Abstract

Conceptually framed by the Paradigmatic Complementary Model (2001), this research focuses on the study of the process of change during the therapeutic process. This study aimed to explore how the ability to regulate psychological needs satisfaction developed through the therapeutic process, as well as the associations between this ability and the evolution in the functionality degree of regulation processes, in the needs discrepancies profiles, Self discrepancies, symptomatology, patient's estimated improvement and quality of therapeutic alliance. It was also a goal to compare individuals "with" and "without" disorder regarding regulation's ability. Finally, the study aimed to explore the relation between Self discrepancies and symptomatology. Thus, instruments for assessing the referred variables were applied in a convenience clinical sample, in several moments of the therapeutic process. Concerning both the global analysis as the intra-individual analysis, results seem to support the idea that, in cases where the regulation increases, the functionality of processes tends to increase, in a non-linear manner, while the patient's estimated improvement increases and the quality of therapeutic alliance oscillates. Also, as the capacity of regulation increases, the Self discrepancies tend to decrease, in a non-linear way. Individuals "without disorder" tend to have a better capacity of needs regulation than individuals "with disorder". The results provide empirical support on the influence of the capacity of psychological needs regulation in the development of the other variables, since it seems to have a mediator role, in the therapeutic process. This study also supports the conclusions obtained by previous studies that relate a better capacity of regulation with less symptomatology.

Keywords: therapeutic process, psychological needs, capacity of regulation, symptomatology, Paradigmatic Complementary Model

Índice Geral

	Página
Introdução	1
Revisão de Literatura	3
1. Self, Emoções e Necessidades Psicológicas.....	3
1.1. Visão Dialética das Necessidades Psicológicas	5
2. Modelo de Complementaridade Paradigmática.....	6
2.1. Processos envolvidos na Regulação das Necessidades Psicológicas	8
2.2. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas.....	10
3. Bem-estar Psicológico, <i>Distress</i> Psicológico e Sintomatologia.....	12
4. Relações entre Necessidades Psicológicas, Processos envolvidos na sua regulação, Perfis de Discrepâncias e Sintomatologia	14
5. Implicações da Regulação das Necessidades para o Processo Terapêutico	18
6. Investigação de Processo, Mediadores e Mecanismos de Mudança	19
Metodologia	24
1. Procedimentos	26
2. Caracterização da Amostra.....	27
3. Instrumentos de Medida	28
3.1. <i>Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas</i> – versão reduzida de 57 itens (ERSN-57)	28
3.2. <i>Escala de Processos de Regulação da Satisfação das</i> <i>Necessidades (EPRSN)</i>	30
3.3. <i>Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN)</i> ...	31
3.4. <i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)</i>	31
3.5. <i>Escala de Estimativa de Melhoria (EEM-CP)</i>	32
3.6. <i>Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Curta (WAI-S)</i>	33
4. Técnicas de tratamento de dados	34
Resultados	35
1. Comparação de grupos no início do processo terapêutico	35
1.1. Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	36

1.2. Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas	38
1.3. Estimativa de Melhoria	39
2. Comparação Inter-momentos: Análise Global	39
2.1 Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	40
2.2. Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	41
2.3. Sintomatologia	41
2.4. Estimativa de Melhoria	42
2.5. Aliança Terapêutica	42
3. Análise Descritiva Intra-Individual	42
3.1 Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	43
3.2. Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas.....	45
3.3. Perfis de Discrepância na Regulação das Necessidades	46
3.4. Discrepâncias do Self, Sintomatologia, Estimativa de Melhoria e Aliança Terapêutica	48
Discussão e Conclusões	49
Referências Bibliográficas	60
Anexos	66

Índice de Quadros

Página

Quadro 1. <i>Caracterização da amostra</i>	28
Quadro 2. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto à variável Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, relativamente ao nível geral de regulação, às catorze necessidades psicológicas e às sete polaridades dialéticas (ERSN)</i>	36
Quadro 3. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto ao à variável grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas (EPRSN)</i>	38
Quadro 4. <i>Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto à variável estimativa de melhoria (EEM)</i>	39

Índice de Figuras

Página

<i>Figura 1.</i> Valores médios de regulação da satisfação das necessidades na Paciente 1 ao longo do processo terapêutico.....	43
<i>Figura 2.</i> Valores médios de funcionalidade dos processos na Paciente 1 ao longo do processo terapêutico.....	45
<i>Figura 3.</i> Valores médios de discrepância das necessidades psicológicas na Paciente 1 ao longo do processo terapêutico.....	46
<i>Figura 4.</i> Valores médios da estimativa de melhoria, da discrepância entre Self Real e Self.Ideal e Self Real-Self Obrigatório, da sintomatologia geral e da qualidade da aliança terapêutica na Paciente 1 ao longo do processo terapêutico.....	48

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Instruções para a Aplicação do Protocolo de Instrumentos

Anexo C – Gráficos da Evolução dos Pacientes 7, 10 e 12, nas diferentes variáveis

"As pessoas são tão belas quanto um pôr-do-sol quando as deixamos ser. De facto, talvez possamos apreciar um pôr-do-sol justamente pelo facto de não o podermos controlar. Quando aprecio um pôr-do-sol não me ponho a dizer: «diminui um pouco o tom de laranja no canto direito, põe um pouco mais de vermelho-púrpura na base e usa um pouco mais de rosa naquela nuvem». Não faço isso. Não tento controlar um pôr-do-sol. Olho com admiração a sua evolução."

Carl R. Rogers, in "Um Jeito de Ser"

Introdução

O presente estudo tem como enquadramento conceptual o Modelo de Complementaridade Paradigmática, a partir daqui designado por MCP (2001). O modelo referido, de carácter integrativo, defende a importância da regulação da satisfação de catorze necessidades psicológicas, perspectivadas em polaridades dialéticas complementares. Diferentes estudos têm sustentado que uma adequada regulação contribui para uma melhor adaptação e saúde mental, enquanto dificuldades ou a incapacidade de regulação contribuem para maiores níveis de sintomatologia.

No âmbito das necessidades psicológicas pensa-se que a patologia resida na disfuncionalidade dos processos envolvidos na regulação das mesmas. Considera-se ainda que a perturbação mental surge da rigidificação de qualquer polo das polaridades dialéticas. Desta forma foram identificados perfis de discrepâncias na capacidade de regulação da satisfação das necessidades, que permitem compreender o funcionamento psicológico alienante do ponto de vista da desregulação na satisfação das necessidades psicológicas (Lopes, 2014).

Esta investigação tem como propósito estudar a evolução da capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, de pacientes em acompanhamento terapêutico, ao longo do processo. Revelou-se pertinente, no âmbito do estudo do MCP, realizar uma investigação de processo, na população clínica, através de um estudo longitudinal, de forma a compreender o papel da capacidade de regulação das necessidades no processo terapêutico.

No âmbito do presente estudo de carácter exploratório e de natureza quantitativa, objetivou-se comparar os indivíduos “com” e “sem” perturbação relativamente ao nível de regulação das necessidades, de funcionalidade dos processos de regulação das mesmas e de estimativa de melhoria. Pretendeu-se também estudar as associações entre a evolução da capacidade de regulação e a evolução do nível de funcionalidade dos processos envolvidos na mesma, dos perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, bem como do nível de discrepância do *Self*, da qualidade da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico, dos níveis de sintomatologia e da estimativa de melhoria do paciente. Por último é objetivo da presente investigação estudar a associação entre o nível de discrepâncias do *Self* e a sintomatologia, ao longo do processo terapêutico.

A presente investigação revela-se importante de forma a contribuir como suporte empírico ao MCP, uma vez que permite, pela primeira vez, observar a evolução de indivíduos ao longo do processo terapêutico, em termos da regulação das necessidades e compreender a forma como as mesmas se associam com a estimativa de melhoria do paciente e com a percepção

da qualidade da aliança terapêutica, considerada um fator crucial na eficácia da terapia. Para além de aumentar a compreensão do funcionamento psicológico, no âmbito do MCP, a presente investigação contribui para a tomada de decisão clínica, auxiliando o terapeuta a adequar a intervenção de acordo com as necessidades do paciente, tendo em vista o aumento da capacidade de regulação e consequente bem-estar psicológico.

De acordo com os objetivos do estudo foi recolhida uma amostra clínica seguindo um critério de conveniência, neste caso, o início de um acompanhamento psicoterapêutico e que cumpriu os requisitos de participação. Os instrumentos utilizados foram disponibilizados aos pacientes pelos terapeutas, ao longo do processo terapêutico, em momentos específicos, nos quais os pacientes preencheram os instrumentos em casa.

O grau de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, bem como a discrepância entre *Self Real* e *Self Ideal* e *Self Real* e *Self Obrigatório*, foram avaliadas a partir da *Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas – versão reduzida de 57 itens* (ERSN-57, Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Conde, Ferreira, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues, Romão, Rucha, Silva, & Vargues-Conceição, 2013). O grau de funcionalidade dos processos foi avaliado através da *Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades* (EPRSN, Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes, & Várzea, 2013), o nível de discrepância nos perfis de regulação das necessidades foi avaliado através da Escala de Perfis de Discrepâncias das Necessidades (EPDN; Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014). Por sua vez, a avaliação da sintomatologia foi realizada através do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI; Derogatis & Spencer, 1982, tradução de Afonso, 1988), enquanto a avaliação da perceção dos pacientes da qualidade da aliança terapêutica foi avaliada através do *Inventário de Aliança Terapêutica – Versão curta* (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989) e a estimativa que os pacientes fazem da melhoria até ao momento do processo em que se encontram através da *Escala de Estimativa de Melhoria* (EEM- CP; Versão Adaptada: Conceição, Vasco, Medina, Nave, & Moleiro, 2004.).

Utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22 (SPSS Inc., Chicago, IL) para realizar a análise estatística necessária à concretização dos objetivos. Assim, foram analisados resultados dos testes não paramétricos *Mann-Whitney* para comparação de amostras independentes e *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. Realizou-se ainda uma análise descritiva, com características de estudo de caso, na análise intra-individual dos pacientes.

De seguida será apresentada uma revisão de literatura onde, de forma a contextualizar o MCP, no qual a presente investigação se insere, se começa por abordar o constructo de

necessidades psicológicas, em termos da sua origem, definição e evolução. De seguida será apresentada a literatura revista acerca das restantes variáveis em estudo, bem como a relação entre elas e o seu papel no processo terapêutico.

Posteriormente é descrita a metodologia utilizada, onde se apresentam os objetivos da investigação e as respetivas hipóteses. Nesta secção será caracterizada a amostra, bem como explicitados os procedimentos e instrumentos utilizados.

Por último, são apresentados os resultados da investigação, bem como a sua discussão e conclusões finais, onde se apresentam os contributos do estudo, considerações relativas às limitações do mesmo e sugestões de estudos futuros.

Revisão de Literatura

1. Self, Emoções e Necessidades Psicológicas

Para uma compreensão do conceito de necessidades psicológicas, parte integrante do MCP, explicitado mais à frente, importa integrá-lo no constructo mais amplo do *Self* e ainda relacioná-lo com o sistema emocional, uma vez que é através deste que a regulação das mesmas acontece. Deste modo, apresenta-se um enquadramento geral do conceito de necessidades psicológicas.

No modelo integrativo do *Self* de Wolfe (2005), o *Self* e a experiência de *Self* são considerados fenómenos inerentes à condição humana e indispensáveis ao desenvolvimento de uma narrativa e sentido de ser ao longo de toda a vida. A noção de *Self* traduz assim, a experiência reflexiva ou consciência da própria pessoa juntamente com a parte neurobiológica do ser humano que faz deste um ser orgânico, e que estabelece a relação entre a atividade neuronal e as experiências subjetivas, às quais o *Self* atribui significado. Através da experiência direta e da cognição, o conhecimento do *Self* é processado e armazenado sob a forma de crenças, imagens ou esquemas, emocionalmente tingidos (Conceição & Vasco, 2005).

O *Self* pode ainda diferenciar-se em dois estados - *Self Eu-eu* e *Self Eu-outro* - centrais na maneira como o *Self* percebe os estímulos, satisfaz a regulação das suas necessidades e se relaciona com os outros, sendo que frequentemente não é possível ter a consciência do modo como os esquemas do *Self* influenciam as relações *Eu-eu* e *Eu-outro* (Conceição & Vasco, 2005). A consciência do indivíduo sobre a sua própria experiência pode oscilar entre emoções intensas e ausência de sentimentos, pelo que, quando ativados esquemas do *Self* que concedem significados aos estímulos emocionais e ao processar emocionalmente essas experiências, é

também uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento para a pessoa (Conceição & Vasco, 2005).

Por sua vez, a Teoria da Discrepância do *Self* de Higgins (1987) menciona o desenvolvimento e estrutura das representações do *Self*, constituídas por pontos de vista, do próprio e dos outros, em três domínios do *Self*: o Real, que procura alcançar a semelhança entre os domínios, e os orientadores Ideal e Obrigatório, que regulam e avaliam o *Self* Real.

As necessidades psicológicas são entendidas, à luz do Modelo de Complementaridade Paradigmática, como uma instância do *Self*, uma vez que também estas o definem, sendo que, por sua vez, também o *Self*, através da responsabilidade pessoal e da agência, processa informações relativas às necessidades psicológicas, intervindo na sua regulação (Conceição & Vasco, 2005).

Como foi referido inicialmente, as necessidades psicológicas encontram-se também relacionadas com as emoções, uma vez que é o sistema emocional que sinaliza o grau de regulação de satisfação das mesmas (Greenberg, Rice, & Elliot, 1993; Vasco, 2013). As emoções consistem em experiências subjetivas e idiossincráticas que desempenham várias funções para o funcionamento psicológico humano: (a) função orientadora, (b) função de comunicação, (c) função preventiva, (d) função de sinalização e preparação para a ação (Vasco, 2013). Deste modo, entre as diferentes funções desempenhadas pelo sistema emocional, a função de sinalizar e preparar para a ação consiste em sinalizar em que medida a satisfação das necessidades psicológicas está regulada, assim como quais as ações necessárias para que essa regulação seja alcançada (Vasco, 2009).

Segundo Vasco, 2009, as emoções fazem mais sentido quando compreendidas como subjetivamente agradáveis ou desagradáveis, eufóricas ou disfóricas e, adaptativas ou não adaptativas, contrariamente à categorização das emoções de forma dicotómica em positivas ou negativas, por ser uma simplificação ilusória e não heurística. Uma vez que as necessidades psicológicas são indispensáveis ao funcionamento psicológico, sendo consideradas essenciais e universais, importa salientar que estas são reguladas pelas emoções que, por sua vez, influenciam os processos de perceção, memória e cognição nos contextos intrapsíquico e interpessoal (Conceição & Vasco, 2005).

O constructo de necessidades psicológicas é estudado desde o início do séc. XX, sendo que foram sendo formuladas diferentes concepções do mesmo, pelo que de seguida se apresentam, sucintamente, as mais relevantes para a posterior compreensão do conceito à luz do Modelo de Complementaridade Paradigmática.

Em 1954, Maslow formulou uma pirâmide hierárquica motivacional das necessidades humanas, quer fisiológicas, quer psicológicas na qual distinguia cinco necessidades: (1) fisiológicas; (2) de segurança; (3) de pertença e de amor; (4) de autoestima; (5) e de auto-atualização no topo. Deste modo, a emergência das necessidades dos níveis superiores pressupõe que as necessidades dos níveis anteriores estejam satisfeitas (Maslow, 1954; 1970). No entanto, ao reconhecer exceções à hierarquização proposta, o autor acrescentou que a sequência poderá considerar-se com mais flexibilidade. A *Teoria Cognitiva-experiencial do Self* (Epstein, 1993, 2003) especifica quatro necessidades básicas inter-relacionadas com quatro crenças: a) *maximização do prazer e minimização da dor*, b) *proximidade*, c) *autoestima* e d) *orientação, controlo e coerência*. Estas quatro necessidades básicas devem interagir e balancear-se entre si, sendo que a negligência na satisfação de uma delas pode ser prejudicial, podendo conduzir a uma personalidade desorganizada. Deci e Ryan (2000), por sua vez, propõem a Teoria da Autodeterminação, na qual postulam três necessidades psicológicas: a) autonomia, b) competência e c) proximidade, consideradas igualmente importantes. Segundo os autores, estas representam tendências de ação inatas e, quando satisfeitas, promovem o desenvolvimento psicológico do indivíduo, integridade do *Self* e Bem-Estar (Deci & Ryan, 2000). Sheldon et al. (2001) elaboraram uma lista de necessidades psicológicas através da integração das necessidades formuladas nas teorias apresentadas anteriormente, obtendo apoio empírico para oito: *autoestima, competência, proximidade e autonomia, auto-atualização, segurança, prazer, saúde física*. Grawe (2007), por sua vez, encontrou evidência para correlatos neuronais das necessidades psicológicas propostas por Epstein (1993, 2003), postulando que, foram desenvolvidas estruturas e mecanismos neuronais orientados para a satisfação das necessidades universais. O bem-estar e saúde mental estão assim associados ao grau de satisfação das necessidades sendo o desenvolvimento e manutenção da perturbação mental resultado de falhas a esse nível.

1.1. Visão Dialética das Necessidades Psicológicas

De modo a facilitar a compreensão das necessidades, tal como postuladas pelo MCP, no qual a seguinte investigação se insere, segue-se uma referência sucinta a teorias sobre o desenvolvimento da personalidade.

A regulação da satisfação das necessidades relaciona-se com processos cujo funcionamento é afetado pelo desenvolvimento contínuo da personalidade. Para Blatt (2008), o processo de desenvolvimento considerado como “normal” depende de uma relação dialética entre duas linhas de desenvolvimento: *proximidade e autodefinição*. Desta forma, será tão

importante formar e manter relações interpessoais maduras, estáveis, duradoras, recíprocas e mutuamente satisfatórias, como conseguir uma diferenciação do *Self* de forma integrada, estável, consolidada, realista e essencialmente positiva, ou seja, ser-se também capaz da autodefinição (Blatt, 2008). Assim, cada uma das linhas de desenvolvimento, ao progredir, facilita o progresso na outra, sendo que a diferenciação do *Self* de forma integrada irá promover a formação de relações interpessoais mais satisfatórias e, por sua vez, o estabelecimento de relações satisfatórias promove o desenvolvimento adaptativo da identidade. Partindo deste modelo, Blatt (2008) cria uma teoria da perturbação, na qual postula que as perturbações derivam de ruturas no diálogo entre os processos dialéticos.

Deste modo, a compreensão das necessidades à luz do modelo proposto por Blatt (2008) considera-se pertinente para a compreensão das necessidades psicológicas tal como concetualizadas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática, que irá ser apresentado seguidamente.

2. Modelo de Complementaridade Paradigmática

Partindo da evolução do conceito de necessidades psicológicas e da sua concetualização em diferentes teorias ao longo do tempo, estas irão de seguida ser abordadas segundo o Modelo de Complementaridade Paradigmática, no qual esta investigação se insere. À luz do Modelo de Complementaridade Paradigmática, as necessidades psicológicas são definidas enquanto *“estados de desequilíbrio orgânico, provocados por carência ou excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizados emocionalmente e que tendem a promover ações (internas e/ou externas) facilitadoras do restabelecimento do equilíbrio”* (Vasco, 2012).

As necessidades psicológicas são conceptualizadas, segundo o modelo apresentado, em sete polaridades dialéticas: 1) *Prazer* (capacidade de experienciar e desfrutar de prazeres, quer físicos quer psicológicos) - *Dor* (capacidade para vivenciar e tolerar dores inevitáveis, diferenciar sofrimento produtivo de improdutivo e de atribuir significado à dor); 2) *Proximidade* (capacidade de estabelecer e manter relações íntimas, de proximidade com os outros) - *Diferenciação* (capacidade para se diferenciar dos outros e ser autodeterminado); 3) *Produtividade* (capacidade para realizar obras sentidas como valiosas) - *Lazer* (capacidade para relaxar sem culpa associada); 4) *Controlo* (capacidade para influenciar o meio) - *Cooperação/cedência* (capacidade para delegar); 5) *Atualização/exploração* (capacidade para explorar o meio e se abrir à novidade) - *Tranquilidade* (capacidade para apreciar aquilo que se é e que se possui, no aqui e agora); 6) *Coerência do Self* (congruência entre o *Self* real e o *Self* ideal e entre pensamentos, sentimentos e comportamentos do próprio) - *Incoerência do Self*

(capacidade para tolerar conflitos e incongruências ocasionais); e 7) *Autoestima* (capacidade para sentir satisfação com o próprio e se estimar) - *Autocrítica* (capacidade para identificar, tolerar e aprender em função de insatisfações e erros pessoais) (Faria & Vasco, 2011; Vasco, 2012; Vasco & Vaz-Velho, 2010).

Para o MCP todas as necessidades psicológicas são consideradas essenciais para o bem-estar, não existindo, como vimos no Modelo de Maslow (1954; 1970), uma hierarquização das mesmas, sendo que este modelo segue a concetualização das necessidades como postuladas pela Teoria da Auto-Determinação (Deci & Ryan, 2000), Teoria Cognitiva-experiencial do *Self* (Epstein, 1993, 2003) e teoria de Grawe (2007). Ainda, do mesmo modo que a teoria do desenvolvimento da personalidade de Blatt (2008) considera que o desenvolvimento “normal” depende de uma relação dialética entre *proximidade* e *autodefinição*, também o MCP postula, ao nível da teoria da Adaptação, que, dentro de cada polaridade de necessidades psicológicas, o grau de regulação de uma delas facilita e promove o grau de regulação da outra e vice-versa. Assim, a capacidade de regular a satisfação em cada um dos polos facilita a capacitação da satisfação do outro, pelo que, as necessidades não são contraditórias mas antes complementares (Faria & Vasco, 2011). As necessidades apresentadas nunca estão totalmente satisfeitas, sendo que o seu grau de satisfação depende de um processo contínuo e permanente de negociação e balanceamento entre as várias polaridades (Faria & Vasco, 2011; Vasco, 2012). Por sua vez, o não balanceamento e discrepâncias na regulação dialética das polaridades, sendo essa regulação necessária tanto a nível horizontal (entre os extremos e ao longo de cada polaridade) como a nível vertical (entre as diversas polaridades), aumentará a probabilidade de perturbação (Faria & Vasco, 2011), sendo essencial neste processo a ideia de movimentação no continuum de uma polaridade e de flexibilidade de movimentação entre as diversas polaridades.

Segundo a concetualização do MCP das necessidades psicológicas, não existe valência das necessidades, ou seja, não existem necessidades “boas” ou “más”, uma vez que todas podem ser adaptativas ou patológicas (Conceição & Vasco, 2005). A patologia das necessidades, relacionada com a teoria da perturbação do Modelo de Complementaridade Paradigmática, surgirá da inflexibilidade e estagnação num dos polos, seja ele qual for. Como exemplo, podemos compreender que ao haver proximidade sem competência de diferenciação será provável a dependência, da mesma forma que também a diferenciação sem a capacidade de se ser próximo do outro se concretizará em alienação ou sociopatia (Vasco, 2013).

Como referido quando foram abordadas as emoções, a capacidade de regular a satisfação das necessidades depende de um funcionamento emocional adequado, o que envolve competências complexas como atender e dar-se permissão para experienciar as emoções;

permitir a ativação, diferenciação e expressão emocional e ainda promover a regulação emocional (Vasco, Conde, Fonseca, Telo, & Sol, 2013). As competências referidas podem ser aprendidas no contexto de experiências de socialização e ressocialização seguras, sendo que no caso de experiências inseguras, estas mesmas competências poderão ser potencialmente reparadas no contexto da psicoterapia (Vasco, 2013).

O MCP é constituído por quatro componentes: a) os princípios gerais de mudança terapêutica (o “quê” da terapia); b) a aliança terapêutica (o “estar” em terapia); c) concetualização do paciente e do problema (o “quê” mais o “como” da terapia) e d) sequência temporal de fases relativas a objetivos (o “quando” da terapia) (Vasco, 2006). As necessidades psicológicas desempenham assim um papel essencial em termos da teoria de intervenção do MCP, pelo que se considera que um dos principais objetivos da terapia é ajudar o paciente a reconhecer, aceitar, experienciar e agir no sentido da regulação adequada da satisfação das suas necessidades psicológicas (Vasco, 2009). Ao nível da concetualização de caso as necessidades psicológicas revelam-se importantes, facilitando o processo de tomada de decisão clínica (Vasco, 2005). Sabe-se ainda que quanto mais capacitado o paciente estiver para satisfazer a regulação das suas necessidades psicológicas mais a intervenção poderá ir de encontro a uma redução sintomática. Por outro lado, em casos de menores capacidades de regulação, o paciente poderá beneficiar mais de um trabalho terapêutico esquemático e emocional (Vasco, 2013; Faria & Vasco, 2011).

2.1. Processos envolvidos na Regulação das Necessidades Psicológicas

Conceição e Vasco (2005) defendem ainda que a patologia das necessidades resultará de processos envolvidos na regulação da satisfação das necessidades, sendo eles: a) não conhecer e/ou validar as necessidades próprias; b) não diferenciar e/ou relacionar as necessidades próprias; c) não escolher e/ou não se comprometer com as necessidades próprias; d) não permitir a satisfação e/ou frustração das necessidades próprias; e/ou e) não atualizar e/ou transcender as necessidades próprias.

Tendo como ponto de partida esta formulação, salienta-se o papel do *Conhecimento e Validação* das necessidades psicológicas, ou seja, conhecê-las bem e reconhecer a sua importância e legitimidade. A interrupção deste processo ou a insuficiente funcionalidade do mesmo pode, segundo Conceição e Vasco (2005), relaciona-se com os efeitos prejudiciais de determinadas experiências de socialização (ambientes traumáticos, humilhantes, desqualificantes, abandonicos ou confusos), bem como as necessidades compensatórias ou esquemas do Self resultantes (Wolfe, 2005; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Assim, a

pessoa revela dificuldades em tomar consciência das suas necessidades e de as validar, tratando-as de forma semelhante a como o faziam os outros significativos. Por sua vez, o processo de *Diferenciação e Relação* das necessidades diz respeito à capacidade da pessoa distinguir as suas várias necessidades, tendo consciência de que estas se relacionam, revelando-se importante para uma regulação das necessidades adequada. O funcionamento insuficiente deste processo ou a não realização do mesmo relaciona-se com dificuldades na distinção entre as necessidades que são ou não possíveis de satisfazer e em relacioná-las com o comportamento (Conceição & Vasco, 2005). Relativamente ao processo de *Escolha e Compromisso*, este consiste em escolher entre as várias necessidades e comprometer-se com essa escolha, abdicando temporariamente da satisfação de outras, sendo que é difícil alcançar uma adequada regulação da satisfação de todas as necessidades em simultâneo. Assim, a patologia das necessidades pode resultar da incapacidade da pessoa escolher e priorizar necessidades para ir satisfazendo de forma equilibrada e da falta de compromisso com as escolhas feitas. As necessidades podem ser colocadas em conflito como resultado de crenças patogénicas não adaptativas e de sintomas somáticos, devido à forma como o mundo relacional e social está estruturado (Conceição & Vasco, 2005). O processo de *Satisfação e Frustração* revela-se importante na regulação adequada das necessidades, referindo-se à capacidade para permitir que as necessidades vão sendo satisfeitas de forma suficientemente equilibrada. Como resultado da dificuldade de satisfação de todas as necessidades simultaneamente, em determinado momento existirá sempre alguma(s) necessidade(s) frustrada(s), sendo essencial intercalar a satisfação e frustração das diferentes necessidades, evitando a frustração crónica de uma determinada necessidade. As dificuldades de funcionamento deste processo relacionam-se com regras aprendidas e ditadas por esquemas do *Self* que levam a pessoa a não se permitir, nem permitir aos outros, satisfazer e/ou frustrar as suas necessidades (Conceição & Vasco, 2005). Por último, Conceição & Vasco (2005) propõem o processo de *Atualização e/ou Transcendência* das necessidades refere-se à capacidade do próprio atualizar as necessidades, relativamente à sua prioridade e formas de satisfação, e de reconhecer que o processo de necessitar é marcado por mudanças. Por *Transcendência* entende-se a capacidade de estar profundamente em contato com uma necessidade para, num determinado momento, abdicar dela em prol de outras necessidades.

Carolino (2014) consideram ainda a *Atenção* às necessidades, ou seja, a capacidade do próprio para se aperceber das mesmas, lhes prestar atenção e denotar a sua importância, como outro processo relevante no que respeita a uma adequada regulação da satisfação das necessidades. Disfunções neste processo, segundo Carolino (2014) referem-se a dificuldades

na capacidade para prestar atenção às necessidades conduzindo à incapacidade de notar a relevância desta dimensão para uma regulação das necessidades suficientemente adequada. Na sua conceitualização dos processos regulatórios da satisfação das necessidades Carolino (2014) propõem por último o processo de *Sinalização Emocional* enquanto dimensão relevante, sendo enfatizada na própria definição de necessidades psicológicas no Modelo de Complementaridade Paradigmática, que postula que é o sistema emocional que sinaliza o estado de desequilíbrio orgânico (Vasco, 2012). A patologia das necessidades referente à falta de reconhecimento do papel das emoções na sinalização do grau de regulação das necessidades relaciona-se com disfunções no processo de *Sinalização Emocional* (Carolino, 2014).

2.2. Perfis de Discrepâncias das Necessidades Psicológicas

Partindo do pressuposto que a perturbação mental surge da rigidificação de qualquer polo das polaridades dialéticas postuladas pelo MCP (Conceição & Vasco, 2005), tão mais provável é o bem-estar quanto mais o indivíduo for competente em ambas as polaridades dialéticas. Assim, é possível identificar perfis de discrepâncias na capacidade de regulação da satisfação das necessidades. O surgimento destes perfis no MCP deve ser entendido como um passo na compreensão do funcionamento psicológico alienante do ponto de vista da desregulação na satisfação das necessidades psicológicas (Lopes, 2014). Deste modo, às respetivas discrepâncias na regulação das sete polaridades dialéticas correspondem catorze Perfis representativos do funcionamento patológico e não adaptativo. A construção dos perfis de discrepâncias regeu-se sempre pela regra de que enquanto na polaridade de uma necessidade possam existir capacidades, essas serão de baixa qualidade e compensatórias, devido à deficiente capacitação do polo complementar (Barcelos, 2014).

Segundo Lopes (2014) e Barcelos (2014), descrevem-se os Perfis de Discrepâncias de Necessidades apresentados se seguida. O Perfil + *Prazer - Dor* remete para a capacidade de disfrutar prazeres físicos e psicológicos, caracterizando-se por uma vivência sem qualidade, funcionando como compensatória de uma dificuldade em vivenciar dores inevitáveis, experienciar o sofrimento, diferenciar sofrimento produtivo ou improdutivo e de lhe atribuir um significado. Por outro lado, no Perfil - *Prazer + Dor* a capacidade de experienciar, tolerar e aceitar o sofrimento bem como de diferenciar entre sofrimento produtivo ou improdutivo e de lhe atribuir um significado manifesta-se numa vivência de pouca qualidade, associando-se a uma incapacidade de experienciar prazeres físicos e psicológicos. Por sua vez, o Perfil + *Proximidade - Diferenciação* reflete uma experiência de proximidade sem qualidade, pois a

capacidade para estabelecer e manter relações íntimas associa-se a uma dificuldade em exercer competências de diferenciação dos outros, de se autodeterminar e de tomar decisões independentes. Contrariamente, no Perfil - *Proximidade + Diferenciação* a capacidade de diferenciação e de autodeterminação em relação ao outro é de pouca qualidade, por ser compensatória de uma dificuldade em estabelecer e manter relações de proximidade. No que diz respeito ao Perfil + *Produtividade - Lazer*, a capacidade de realizar ações ou desafios considerados importantes ou valiosos manifesta-se numa vivência sem qualidade associando-se a uma incapacidade de conseguir relaxar e de se sentir confortável ao fazê-lo. O Perfil - *Produtividade + Lazer*, diz respeito a uma capacidade de relaxar, sentindo-se confortável com isso que se revela de pouca qualidade, pois é compensatória de uma incapacidade de realizar ações ou desafios considerados importantes ou valiosos para o próprio. No Perfil + *Controlo - Cooperação* a capacidade de influenciar o meio sem a influência de forças externas revela não ser de qualidade ao ser compensatória de uma dificuldade em delegar e cooperar com os outros, partilhando o controlo pessoal. Relativamente ao Perfil - *Controlo + Cooperação/Cedência* a capacidade de delegar bem como de cooperar com os outros partilhando o controlo é de pouca qualidade, uma vez que funciona como compensação de uma incapacidade de influenciar o meio. O Perfil + *Exploração - Tranquilidade* refere-se a capacidade sem qualidade de explorar e de se expor a novos ambientes e contextos, funcionando como compensatório de uma incapacidade de apreciar o que se tem na vida e o que se é, no aqui e agora. Por outro lado, no Perfil - *Exploração + Tranquilidade* a capacidade de apreciar o que se tem na vida e o que se é, no aqui e no agora, revela-se sem qualidade por compensar uma dificuldade em explorar e de se expor a novos ambientes. No Perfil + *Coerência do Self – Incoerência do Self* a capacidade de experienciar congruência entre *Self Real* e *Self Ideal*, e entre pensamentos, sentimentos e comportamentos não é de qualidade, uma vez que esta experiência é compensatória de uma dificuldade em tolerar conflitos e incongruências ocasionais. Inversamente, no Perfil - *Coerência do Self + Incoerência do Self* a capacidade para tolerar conflitos e incongruências ocasionais revela-se sem qualidade na medida em que é compensatória de uma dificuldade em experienciar congruência. Relativamente ao Perfil + *Autoestima - Autocrítica*, a capacidade para se estimar e de estar satisfeito consigo próprio é compensatória de uma incapacidade de identificar, aceitar e aprender com as insatisfações e erros pessoais, traduzindo-se numa vivência sem qualidade. Por último, no Perfil - *Autoestima + Autocrítica* a capacidade de identificar, aceitar e aprender com insatisfações e erros pessoais não é de qualidade uma vez que é compensatória de uma dificuldade de se estimar e de estar satisfeito consigo próprio.

3. Bem-estar, *Distress* Psicológico e Sintomatologia

A investigação seguidamente apresentada não irá considerar o Bem-Estar e o *Distress* como variáveis, no entanto a Sintomatologia será uma das dimensões para a qual a investigação se direciona. Deste modo, faz sentido realizar uma breve referência aos conceitos de Bem-Estar e *Distress* para que se possa, de seguida, contextualizar o conceito de Sintomatologia, uma vez que os três conceitos se relacionam.

Ao longo das investigações realizadas inseridas no MCP tem-se vindo a demonstrar que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas se relaciona fortemente com o bem-estar e saúde mental (Bernardo, 2011; Calinas, 2011; Fonseca, 2011; Guerreiro, 2011; Rodrigues, 2010; Rucha, 2011; Conde, 2012; Sol, 2012). A OMS (2005), por sua vez, define a saúde mental como *"um estado de bem-estar no qual o indivíduo está consciente das suas capacidades, é capaz de lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a sua comunidade"* (OMS, 2005, tal como citado por Westerhof & Keyes, 2010). De salientar que é retirado o foco restrito na presença ou ausência de perturbação, numa tentativa de compreensão da saúde mental, segundo Novo (2005) como *"uma síndrome organizada a partir da ausência ou reduzida expressão de sinais de sofrimento ou doença mental, bem como da presença de sintomas de bem-estar emocional, psicológico e social"*.

Do mesmo modo que, segundo as definições apresentadas, o bem-estar não pode ser reduzido à ausência de perturbação e/ou sintomatologia, também o *distress* não deverá ser restringido à presença de perturbação e/ou sintomatologia. Entenda-se assim o *distress* como a experiência subjetiva de sofrimento psicológico, passível de ser experienciado quer por indivíduos na população clínica como não clínica, podendo revelar-se como uma reação normativa a um evento stressante específico (e.g., perda de um familiar) que gera sofrimento e mal-estar ou através da persistência desproporcional de sofrimento psicológico face a um desencadeador. Drapeau, Marchand & Beaulieu-Prévost (2011) tal como citado por Lopes (2014) definem o *distress* como um estado emocional de sofrimento caracterizado por sintomas de depressão, ansiedade e por sintomas somáticos que diferem consoante a cultura. Por sua vez, Ridner (2004), tal como citado por Lopes (2014) postulam o *distress* psicológico como *"a experiência de um estado emocional de desconforto temporário ou permanente como resposta à frustração de necessidades ou a um stressor específico ou exigências, percecionadas como uma ameaça pessoal, podendo resultar em dano"*. Lahtinen, Lehtinen, Rikonen, e Ahonen (1999), tal como citado por Lopes (2014) acrescentam que os sintomas devem ser considerados uma consequência de *distress* persistente ou temporário, experienciado pelo indivíduo no seu dia-a-dia consoante várias situações ou dificuldades. Assim, assume-se que o *distress* pode ser

avaliado indiretamente através da expressão e relato de sintomatologia, sendo que os sintomas de ansiedade e de depressão demonstram ser os tipos de *distress* psicológico mais prevalentes na população (Veit & Ware, 1983 tal como citado por Sol, 2012).

Percebe-se assim que, embora não sendo sinónimos, o *distress* psicológico e a sintomatologia se relacionam, uma vez que o *distress* pode ser resultado dos sintomas ou expressar-se através dos mesmos. Ainda, segundo, Lavikainen, Lahtinen, e Lehtinen (2000) tal como citado por Carolino (2014), “*os sintomas definem a perturbação mental na medida em que se prolongam no tempo, são incontrolláveis, desproporcionais face a causas externas e prejudiciais ao funcionamento*”.

Atualmente, a definição de Perturbação Mental mais reconhecida e aceite é a do *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-5), no qual esta é definida como: “síndrome caracterizada por perturbação ao nível da cognição, regulação emocional ou comportamento do indivíduo que se reflete em disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. As perturbações mentais estão geralmente associadas a *distress* significativo ou incapacidades sociais, ocupacionais ou noutras atividades importantes” (American Psychiatric Association, 2013). Tendo em mente esta definição importa salientar que a presença de determinados sintomas não define necessariamente a presença de psicopatologia, uma vez que é necessário que se cumpram certos requisitos para um diagnóstico (Fragoeiro, 2008, tal como citado por Carolino, 2014). Assim, nos casos em que os sintomas experienciados e relatados não cumprem os requisitos necessários para determinado diagnóstico, nem esses mesmos sintomas nem o *distress* psicológico devem ser menosprezados.

Através da relação entre os conceitos descritos e o MCP compreende-se que é a dinâmica entre o *Self*, o meio e o modo como estes permitem, ou não, regular a satisfação das necessidades, que irá promover a experiência de bem-estar, *distress* e sintomatologia. A teoria da Perturbação do MCP postula que a sintomatologia é originada pelas dificuldades de regulação da satisfação de necessidades psicológicas que se relacionam com uma incapacidade de balanceamento contínuo entre os polos, vistos como complementares ao invés de opostos. Segundo Vasco (2012), a terapia deve ter como alvo as necessidades, recorrendo, como critério de decisão terapêutica e intervindo sobre as características de traço e estado dos pacientes. Deste modo deve dirigir-se a terapia às pessoas, tendo em conta as suas características e necessidades, mais do que o diagnóstico ou a perturbação mental, uma vez que a ausência de perturbação não exclui os potenciais benefícios da terapia.

4. Relações entre Necessidades Psicológicas, Processos envolvidos na sua regulação, Perfis de Discrepâncias e Sintomatologia

Após a definição dos conceitos de Bem-Estar, *Distress* Psicológico e Sintomatologia, de seguida é descrita a relação entre estes, centrando-se na sintomatologia, por ser a dimensão avaliada na presente investigação, e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, os processos envolvidos na sua regulação e os perfis de discrepâncias de necessidades.

As relações entre a regulação da satisfação das necessidades, a saúde mental e a sintomatologia têm sido estudadas em várias investigações inseridas no Modelo de Complementaridade Paradigmática. Bernardo (2011), Calinas (2011), Fonseca (2011), Guerreiro (2011), Rodrigues (2010) e Rucha (2011) estudaram, respetivamente, as necessidades de *proximidade-diferenciação*, *atualização/exploração-tranquilidade*, *controlo-cooperação/cedência*, *auto-estima-autocrítica*, *coerência-incoerência do Self* e *produtividade-lazer*. Por sua vez, os resultados destes estudos têm sido replicados, verificando-se que os resultados, de forma geral, vão de encontro a uma associação entre uma adequada regulação da satisfação das necessidades (em ambos os polos) e maiores níveis de bem-estar e menores de *distress* psicológicos (Conde, 2012), bem como menores níveis de sintomatologia (Sol, 2012). Por outro lado, quando a regulação não é tão eficaz (podendo ser baixa em ambos os polos ou elevada apenas num deles) associa-se a menores níveis de bem-estar e maiores de *distress* psicológico (Conde, 2012), e, por sua vez, a níveis mais elevados de sintomatologia (Sol, 2012). Num estudo de comparação entre um grupo de indivíduos considerados como “perturbados” e um grupo de indivíduos considerados “sem perturbação”, Sol (2012) concluíram que o primeiro grupo apresenta menores níveis de regulação da satisfação das necessidades, comparativamente com o segundo.

Mais especificamente, relativamente à sintomatologia, avaliada pelo BSI, as necessidades de *Proximidade*, *Tranquilidade*, *Incoerência* e *Autoestima* sobressaíram individualmente nos estudos realizados (Sol, 2012; Vasco, 2013). No que diz respeito às polaridades, destacaram-se *Proximidade/Diferenciação*, *Coerência/Incoerência* e *Autoestima/Autocrítica* (Sol, 2012). Por sua vez, Silva (2013) concluiu que as polaridades que mais predizem a sintomatologia, avaliada pelo BSI, foram *Proximidade/Diferenciação*, *Coerência/Incoerência* e *Produtividade/Lazer*.

Relativamente às correlações entre as polaridades e as dimensões sintomatológicas que constituem o BSI, a mais correlacionada com todas as polaridades tem sido a dimensão *Depressão*, seguida da *Sensibilidade Interpessoal* e *Psicoticismo*, sendo, por outro lado, as dimensões *Somatização* e *Ansiedade Fóbica* as que menos se correlacionam com as

polaridades. A polaridade *Proximidade/Diferenciação* apresentou uma maior correlação com as dimensões sintomatológicas *Depressão*, *Psicoticismo*, *Ideação Paranóide* e *Ansiedade Fóbica* e, por sua vez, as polaridades *Autoestima/Autocrítica* correlacionaram-se mais com as dimensões *Sensibilidade Interpessoal* e *Ansiedade*. De referir ainda que a polaridade *Prazer/Dor* foi a que menos se correlacionou com o maior número de dimensões, segundo Sol (2012).

Na sua globalidade e de um modo geral, os diferentes estudos realizados no âmbito do MCP têm revelado correlações fortes, negativas e significativas entre a regulação da satisfação das necessidades e a sintomatologia. Correlações essas que foram encontradas quer aquando a avaliação da regulação da satisfação das necessidades com a Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Conde, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues, & Rucha, 2012), como no caso do estudo de Sol (2012), quer com a versão reduzida de 57 itens (Vasco, Bernardo, Cadilha, Calinas, Conde, Ferreira, Fonseca, Guerreiro, Rodrigues, Romão, Rucha, Silva, & Vargues-Conceição, 2013), por exemplo no estudo de Vargues-Conceição (2013).

Por sua vez, um estudo mais recente procurou investigar as relações entre os processos de regulação da satisfação das necessidades, o próprio grau de regulação da satisfação das necessidades, bem-estar psicológico, *distress* psicológico e sintomatologia. O grau de funcionalidade dos processos que se teorizam estar implicados na regulação da satisfação das necessidades psicológicas foi avaliado através do instrumento construído para o efeito, intitulado *Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)*, Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes, & Várzea, 2014). Carolino (2014) concluiu que a relação entre processos de regulação e a própria regulação das necessidades pode ser apoiada não apenas conceptualmente como também empiricamente. Assim, segundo Carolino (2014) os processos associam-se fortemente com a regulação da satisfação das necessidades, sendo que uma maior funcionalidade dos processos parece associar-se com e prever um maior nível de regulação. Por outro lado, uma menor funcionalidade processual associa-se a um menor nível de regulação da satisfação das necessidades (Carolino, 2014). Na mesma investigação a funcionalidade dos processos revelou ainda uma relação com o bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia, sendo que indivíduos mais funcionais nos processos diferem dos que apresentam menores níveis de funcionalidade relativamente a níveis de bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia (Carolino, 2014). Conclui-se assim que existe uma relação mais direta entre processos e regulação da satisfação das necessidades e desta última com o bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia (Carolino, 2014). Assim, segundo Carolino (2014), a regulação

da satisfação das necessidades parece funcionar como variável mediadora entre os processos e o bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia. Os processos são por isso considerados como mais influentes na regulação da satisfação das necessidades e influentes de forma mais indireta nos níveis de bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia (Carolino, 2014).

Para além dos processos envolvidos na regulação da satisfação das necessidades, têm vindo a ser estudadas as discrepâncias na regulação da satisfação das necessidades, bem como a sua relação com a sintomatologia. Os resultados das investigações realizadas neste sentido, inseridas no MCP têm revelado resultados consistentes que concluem que a seguir à desregulação de ambas as necessidades constituintes de cada polaridade, as discrepâncias nas polaridades relacionam-se com maiores níveis de sintomatologia, avaliada pelo BSI (Conde, 2012; Sol, 2012). Ainda assim, Conde (2012) e Sol (2012) verificaram algumas exceções nas discrepâncias *-Exploração/+Tranquilidade*, *+Prazer/-Dor* e *+Autoestima/-Autocrítica*, que contribuíram com menores níveis de sintomatologia. As investigações realizadas permitiram ainda verificar que a sintomatologia parece ser mais determinada pelas discrepâncias *Proximidade/+Diferenciação*; *-Produtividade/+Lazer*; *-Coerência/+Incoerência*; *+Controlo/-Cooperação*; *+Exploração/-Tranquilidade*; *-Prazer/+Dor*; *-Autoestima/+Autocrítica*, ao invés das discrepâncias opostas que revelam níveis inferiores de sintomatologia (Sol, 2012). Ao replicar os resultados de Sol (2012) Romão (2013) concluiu que as discrepâncias *-Coerência/+Incoerência* e *-Autoestima/+Autocrítica* se relacionam com os maiores níveis de sintomatologia. As discrepâncias nas polaridades conseguiram assim explicar uma percentagem maior nas variações na regulação da satisfação das necessidades psicológicas, com exceção das discrepâncias nas polaridades *Exploração/Tranquilidade*. Comparando grupos com e sem perturbação, concluiu-se que os primeiros apresentavam valores mais elevados de discrepâncias nas polaridades *Proximidade/Diferenciação*, *Controlo/Cooperação*, *Coerência/Incoerência* e *Autoestima/Autocrítica*.

No que diz respeito às discrepâncias do *Self* e a sua relação com a sintomatologia, Ferreira (2013) concluiu que as discrepâncias *Eu Real/Eu Ideal* e *Eu Real/Eu Obrigatório* se correlacionam significativamente com todas as subescalas de sintomatologia, com exceção da subescala sintomas físicos. Especificamente, a discrepância *Eu Real/Eu Ideal* contribui unicamente para as subescalas *Depressão*, *Sensibilidade Interpessoal* e *Ansiedade*. Por sua vez a discrepância *Eu Real/Eu Obrigatório* contribuiu de forma única para a explicação da variância nas subescalas *Psicoticismo*, *Hostilidade*, *Ideação Paranóide* e *Ansiedade Fóbica* (Ferreira, 2013). Verificou-se ainda que indivíduos perturbados apresentam mais discrepâncias *Real/Ideal* e *Real/Obrigatório* do que indivíduos não perturbados. Por sua vez, a regulação da

satisfação das necessidades tende a ser menor, quanto mais elevadas as discrepâncias do *Self* forem, sendo que a regulação poderá também prever as discrepâncias do *Self* (Ferreira, 2013). Relacionando as discrepâncias do *Self* e as discrepâncias nas polaridades das necessidades, verificou-se que ao aumentarem as discrepâncias *Real/Ideal*, aumentam também as discrepâncias nas polaridades *Exploração/Tranquilidade* e *Autoestima/Autocrítica*. Quando aumentam as discrepâncias *Real/Obrigatório* as discrepâncias nas polaridades anteriormente referidas aumentam também, adicionando-se a estas a polaridade *Controlo/Cooperação*. Por sua vez, as discrepâncias nas polaridades *Autoestima/Autocrítica* e *Coerência/Incoerência* em simultâneo com as discrepâncias do *Self*, foram as que mais permitiram prever o bem-estar, *distress* e a sintomatologia (Ferreira, 2013).

Baseando-se nas investigações realizadas sobre as discrepâncias das necessidades propostas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática, foi construída a Escala de Perfis de Discrepâncias das Necessidades (EPDN; Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014) com o objetivo de avaliar estilos de funcionamento tendencialmente representativos de determinadas discrepâncias de necessidades. A par da construção deste instrumento de avaliação foram definidos os estilos que a constituem, apresentados anteriormente no enquadramento teórico. Ao investigar a relação entre os perfis de discrepâncias e a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, Barcelos (2014) concluiu que as necessidades e polaridades se correlacionam negativamente com a EPDN Global. Assim quanto maior a presença dos perfis de *-Prazer/+Dor*, *-Proximidade/+Diferenciação*, *-Coerência/+Incoerência* e *-Autoestima/+Autocrítica*, menor a capacidade de regulação da satisfação das necessidades (Barcelos, 2014). Por sua vez, a relação entre os perfis e a sintomatologia, permitiu concluir que as dimensões que se associam positiva e mais fortemente com a generalidade dos perfis são o *Psicoticismo*, *Depressão*, *Ansiedade* e *Obsessões-Compulsões*, enquanto as dimensões, *Somatização*, *Ansiedade Fóbica* e *Hostilidade* se associam menos fortemente (Barcelos, 2014). Por sua vez, os perfis que se relacionam mais fortemente com a presença de sintomatologia geral são *-Coerência/+Incoerência*, associando-se particularmente à dimensão de *Depressão*, *Ansiedade*, *Psicoticismo* e *Obsessões-compulsões*; *-Autoestima/+Autocrítica*, associando-se mais com *Depressão* e *Sensibilidade Interpessoal*; *-Proximidade/+Diferenciação* relacionando-se mais com *Psicoticismo*; e *+Proximidade/-Diferenciação* que se correlacionou mais fortemente com *Ansiedade* (Barcelos, 2014). Por outro lado, os perfis *+Prazer/-Dor*, *+Coerência/-Incoerência* e *+Autoestima/-Autocrítica* associaram-se, segundo Barcelos (2014) a uma diminuição da sintomatologia. A conclusão de que as discrepâncias *+Coerência/-Incoerência* e *+Prazer/-Dor* se relacionam

com menores níveis de sintomatologia é coerente com as investigações de Sol (2012) e Romão (2013) que revelaram resultados no mesmo sentido. O estudo realizado por Barcelos (2014) conclui assim que maiores níveis de sintomatologia se relacionam com um maior nível de discrepância geral e um menor nível de regulação geral, enquanto menores níveis de sintomatologia se relacionam com um menor nível de discrepância geral e um maior nível de regulação geral.

Concluindo, os estudos no âmbito do MCP apoiam a relação entre uma equilibrada regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a saúde mental, sendo que dificuldades nesta regulação se associam a maiores níveis de sintomatologia. Deste modo, tendencialmente, os maiores níveis de sintomatologia relacionam-se com a desregulação das necessidades de ambas as polaridades, que podem resultar de dificuldades nos processos de regulação e com as discrepâncias onde existem baixos graus de regulação na primeira polaridade e uma regulação de pouca qualidade na polaridade complementar. As evidências apresentadas confirmam mais uma vez que a dificuldade de regulação das necessidades contribui para o aumento da presença de sintomatologia (Vasco & Vaz-Velho, 2010).

5. Implicações da Regulação das Necessidades para o Processo Terapêutico

Segundo Vasco (2009) o processo terapêutico tem como um dos principais objetivos ajudar o paciente a reconhecer, aceitar, experienciar e agir no sentido da regulação adequada da satisfação das suas necessidades psicológicas. Sabendo que a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas pode ser tomada como um guia inicial na tomada de decisão clínica (Vasco, 2013; Faria & Vasco, 2011), também o grau de funcionalidade dos processos implicados nessa regulação, bem como as discrepâncias na regulação das diferentes polaridades se tornam importantes, na medida em que têm implicações na capacidade de regulação.

Assim, torna-se relevante promover no paciente uma maior consciencialização dos processos que são sistematicamente interrompidos ou cuja funcionalidade é deficitária, uma vez que tal poderá estar subjacente a dificuldades regulatórias (Carolino, 2014). Considerando-se a centralidade destes processos, pelo seu valor adaptativo, deve salientar-se a necessidade de respeitar os funcionamentos considerados menos adaptativos nas circunstâncias de vida presentes do paciente, uma vez que consistem em formas criativas da pessoa se adaptar, no passado, a contextos adversos (Conceição & Vasco, 2005). Conceição e Vasco (2005) sugerem ainda possibilidades de trabalho em termos terapêuticos para cada processo que não decorra,

ou que não decorra com qualidade suficiente, salientando a importância de se ser responsivo às necessidades do paciente, num equilíbrio entre validação e desafio.

Relativamente aos perfis de discrepâncias na regulação da satisfação das necessidades, estes implicam que, na prática clínica, o terapeuta esteja atento à capacidade de regulação do paciente e, complementarmente, à natureza estrutural dos indivíduos, que advém dessa mesma capacidade de satisfazer ou não as necessidades psicológicas (Barcelos, 2014). De salientar ainda a importância de, na terapia, se incidir no aumento da regulação das polaridades *Prazer/Dor*, *Proximidade/Diferenciação*, *Coerência/Incoerência* e *Autoestima/Autocrítica*, uma vez que estas parecem partilhar mais características em comum, permitindo informar de forma mais abrangente sobre a natureza da personalidade (Barcelos, 2014).

Torna-se essencial, no processo terapêutico, promover empaticamente o aumento da consciência relativamente à rigidez do *Self* e à incapacidade de regulação da satisfação das necessidades, promovendo a motivação para a mudança no sentido da regulação, impedindo o fim precoce do processo terapêutico. Através da articulação das funções validante e desafiante da psicoterapia com os atos de comunicação terapêutica, que reportam ao "estar" em psicoterapia, é possível estabelecer uma base para ensaiar novos possíveis e promover mudanças tendentes à capacidade de uma melhor regulação da satisfação das necessidades (Vasco, 2007).

6. Investigação de Processo, Mediadores e Mecanismos de Mudança

A investigação da mudança terapêutica divide-se em dois grandes grupos, a investigação de resultados e a investigação de processo. Tal como tem vindo a acontecer com as tensões dialéticas referentes aos fatores comuns vs fatores específicos e técnica vs relação, também relativamente à discussão investigação de processo vs investigação de resultados se têm verificado esforços de integração, enfatizando-se sobretudo a necessidade de adaptar a terapia às características e necessidades de cada paciente. Ao longo da investigação em psicoterapia, corroborou-se a sua eficácia, sendo que os seus resultados são superiores à ausência de intervenção, às intervenções informais, à remissão espontânea, às listas de espera e aos grupos de controlo placebo (Lambert & Ogles, 2004). No entanto, ao comparar os diferentes modelos psicoterapêuticos, não se encontram grandes diferenças, pois existem fatores comuns à maioria das terapias que são responsáveis pela mudança. À medida que se verificaram estes resultados assistiu-se a um crescente uso sistemático de conceitos e técnicas de diferentes abordagens, direcionando-se a prática terapêutica para a integração (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005), na qual se valorizam princípios e técnicas de teorias diferentes no

mesmo plano terapêutico. Nos últimos anos a investigação em psicoterapia tem demonstrado que a mudança se relaciona menos com as técnicas específicas do que com fatores panteóricos (Hubble, Duncan, & Miller, 1999, tal como citado por Gassmann & Grawe, 2006). No campo da investigação do processo psicoterapêutico, têm sido identificadas várias variáveis que induzem ou moderam a mudança de forma significativa (Gassmann & Grawe, 2006).

O processo terapêutico é visto como um processo de mudança com várias “camadas”, incluindo o processo de mudança do paciente, a interação relacional entre terapeuta e paciente, o mecanismo específico relativo a uma terapia e os fatores comuns (Sexton, 2007). Kazdin (2007) afirma que várias formas de psicoterapia produzem mudança, tal como demonstrado em resultados de estudos nos quais os tratamentos são controlados. Sabe-se que as mudanças abrangem o funcionamento a nível social, emocional, cognitivo, comportamental, educacional e físico. Ou seja, não existem dúvidas de que a terapia funciona, sendo responsável pela mudança, no entanto sabe-se pouco sobre “porquê” e “como” esta funciona (Kazdin, 2007). Segundo Kazdin (2007) demonstrar uma relação de causalidade não nos revela o “porquê” de uma intervenção ter conduzido à mudança, nem “como” a mudança ocorreu. Apesar de não existir consenso na literatura acerca dos diferentes conceitos envolvidos na mudança, ao longo do processo terapêutico, assume-se que processos de mudança se referem a aspetos da terapia que ocorrem durante as sessões e que, por sua vez, criam melhorias nos mecanismos de mudança (Doss, 2004). Os mecanismos de mudança consistem em mudanças intermédias, que não estão sob o controlo direto do terapeuta e que se espera que conduzam a melhorias nos resultados da terapia (Doss, 2004). Para Norcross (2013) os processos de mudança representam um nível intermédio de abstração entre os princípios teóricos e as técnicas específicas relacionadas com essas teorias. Assim, diferentes processos de mudança são diferencialmente eficazes em determinados estádios de mudança, de acordo com o modelo transteórico (Norcross, 2013). Segundo Norcross (2013) correntes de psicoterapia divergentes postulam processos de mudança como rivais, no entanto processos contraditórios tornam-se complementares quando inseridos nos estádios de mudança.

De forma a compreender o que conduz à mudança, a investigação tem olhado ainda para os mediadores, sendo estes constructos que demonstram uma relação entre uma intervenção e um determinado resultado, embora não expliquem o processo exato pelo qual a mudança aconteceu (Kazdin, 2007). Por sua vez, o termo “mecanismo” refere-se a um nível maior de especificidade do que o mediador, refletindo os passos ou processos pelos quais a terapia produz mudança (Kazdin, 2007). Assim, o mecanismo explica “como” a intervenção se traduz em eventos que conduzem à mudança, noção que pode ser confundida com o conceito

de “mediador” (Kazdin, 2007). Existe ainda alguma confusão na literatura acerca dos termos moderador e mediador. O termo “moderador” refere-se a características que influenciam a direção ou magnitude da relação entre a intervenção e o resultado (Kazdin, 2007). Segundo Johansson & Høglend (2007) um moderador é um valor existente no “pré-tratamento”, enquanto um mediador muda durante o decorrer do tratamento, podendo as mudanças no resultado ser explicadas pela mudança na variável mediadora. O mediador é potencialmente um mecanismo pelo qual a mudança ocorre, ou seja, o tratamento causa a mudança na variável mediadora, que por sua vez causa a mudança no resultado (Johansson & Høglend, 2007). O desafio, atualmente, é demonstrar que a mudança nos mediadores ocorre antes da mudança nos resultados (Johansson & Høglend, 2007).

Segundo Greenberg (1999) devemos olhar para o processo terapêutico em si, de modo a compreender o que realmente muda e como ocorre essa mudança. Urge assim a necessidade de investigar o próprio processo terapêutico, para perceber o que, em diversas formas de terapia, influencia a mudança (Greenberg, 1999). Ao invés de olhar apenas para as variáveis independente (tratamento) e dependente (resultado), é necessário olhar para os padrões complexos de funcionamento e sequências de interação que acontecem ao longo da terapia, entre o tratamento e os efeitos nos resultados (Greenberg, 1999). Tem sido difícil encontrar diferenças em termos de eficácia entre várias formas de intervenção psicoterapêutica (Anderson & Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992; Smith et al., 1980, tal como citado em Johansson & Høglend, 2007). É possível que, apesar do resultado ser semelhante, os processos que conduzem a esse resultado sejam diferentes, dependendo do tipo de psicoterapia (Johansson & Høglend, 2007). Tal pode significar ainda que de facto não existem diferenças ou, por outro lado, diferentes formas de psicoterapia podem funcionar através de mecanismos comuns, como é o caso da aliança terapêutica (Johansson & Høglend, 2007).

A aliança terapêutica é definida, segundo Bordin (1979), pela combinação de três elementos, que definem a sua qualidade: acordo relativo a tarefas terapêuticas (atividades que sejam facilitadoras da mudança); acordo relativo a objetivos terapêuticos (resultados desejados ou alvos da intervenção terapêutica); qualidade do laço terapêutico (experienciado pelo terapeuta e pelo paciente, que inclui confiança, afeto e comprometimento). Para o autor a aliança terapêutica é um ingrediente que permite e facilita a aceitação e o envolvimento no trabalho terapêutico. Segundo Safran e Muran (2000, tal como citado por Coutinho, Ribeiro & Safran, 2009), dentro das abordagens relacionais a aliança terapêutica é atualmente vista como um processo de negociação ao longo da terapia, sendo o resultado da influência mútua entre terapeuta e paciente, que ocorre tanto ao nível consciente como inconsciente.

Por sua vez, estudos que avaliam a aliança durante o tratamento demonstram que esta prediz melhorias nos sintomas, no fim do mesmo. Sabe-se que quanto mais forte a aliança terapêutica maior a mudança terapêutica (Horvath & Bedi 2002, Orlinsky et al. 2004, tal como citado por Kazdin, 2007). No entanto, demonstrar que a aliança prediz mudança sintomática no fim do tratamento não demonstra que esta tem um papel causal, deixando de lado o facto de poder ser entendida como um potencial mediador (Kazdin, 2007). Importa salientar que apenas porque os sintomas não são avaliados no meio do tratamento, não significa que não tenham já mudado (Kazdin, 2007). Para Coutinho, Ribeiro & Safran (2009) a aliança é entendida, por si só, como um mecanismo de mudança, pela oportunidade que oferece de desafiar esquemas interpessoais disfuncionais. Castonguay (1993, tal como citado por Coutinho, Ribeiro & Safran, 2009) refere que a aliança constitui um fator comum na terapia, mas não um fator não específico, ou seja, não só está presente em qualquer terapia como também é um mecanismo concreto que ajuda a compreender porque as pessoas mudam na terapia. Deste modo torna-se importante monitorizar, para além das melhorias sintomáticas, a aliança terapêutica estabelecida entre a díade terapêutica ao longo do processo, permitindo assim monitorizar o processo em si, apoiando o terapeuta na tomada de decisão clínica. Para lá da relação preditiva que se verifica entre medidas iniciais da aliança e os resultados terapêuticos, importa investigar a relação sequencial entre a aliança e os progressos do paciente, ao longo do processo.

Segundo Kivlighan & Shaughnessy (2000) existem padrões qualitativamente diferentes de desenvolvimento da aliança, na perspetiva do paciente (crescimento linear, quadrático e estável). O padrão quadrático de desenvolvimento da aliança demonstra ser mais responsável pela variância dos resultados do que o nível da aliança por si só. Segundo os autores, este padrão evoca o processo de rutura e reparação (“tear-and-repair”), descrito por Bordin (1979) como inevitável (e.g., a perturbação do paciente origina dificuldades relacionais e a sua resolução é a essência da psicoterapia), tendo sido operacionalizado como “high-low-high” (Gelso & Carter, 1994). Conceição & Vasco (2004), com base no Modelo de Complementaridade Paradigmática, procuraram caracterizar o desenvolvimento da aliança ao longo da sequência temporal de fases traduzidas em objetivos estratégicos, concluindo de igual forma que esta segue um processo semelhante a “tear and repair” (rutura e reparação).

Por sua vez, estudos recentes no âmbito do MCP (Vasco, Conde, Fonseca, Sol & Telo, 2013; Carolino, 2014) revelam evidência no sentido da regulação da satisfação das necessidades poder funcionar como variável mediadora no processo terapêutico. Segundo Vasco, Conde, Fonseca, Sol e Telo (2013) a regulação da satisfação das necessidades parece ser uma variável mediadora no que respeita à eficácia da terapia. Por sua vez, Carolino (2014)

defendem que a regulação da satisfação das necessidades poderá funcionar como variável mediadora entre os processos e as restantes variáveis tidas como dependentes, como por exemplo a sintomatologia.

A investigação já realizada no âmbito do MCP, descrita ao longo da revisão de literatura, constitui uma base para investir numa investigação de processo, com características de uma investigação qualitativa, mais especificamente, de um estudo de caso. Tal investigação permite complementar os dados obtidos até ao momento, sendo que a importância de englobar aspetos qualitativos na investigação se relaciona com as limitações dos estudos clínicos quantitativos na compreensão das mudanças nos pacientes, tanto para o desenvolvimento de teorias como para a prática clínica (Jones, 1993). Apesar de terem limitações ao nível da generalização e predição, os estudos de caso revelam-se uma componente útil na compreensão da mudança ao longo do processo terapêutico. Assim, os estudos de caso permitem uma análise aprofundada do processo terapêutico, favorecendo a articulação com a teoria e a prática psicológicas (Jones, 1993; Kazdin, 1981). Kazdin (1981) alerta para o obscurecimento de aspetos importantes dos fenómenos em estudo, consequente do sacrifício da relevância clínica a favor da relevância estatística que acontece nas investigações experimentais. O estudo da variação intra-individual revela-se importante, principalmente no contexto de estudos longitudinais, que envolvam casos individuais (Hilliard, 1993).

De forma a compreender o que, no processo terapêutico influencia e contribui para a mudança é importante decompor resultados globais em mudanças mais pequenas e processuais que se inter-relacionam. Assim, como foi descrito anteriormente, importa substituir o foco no resultado pelo foco no processo de mudança (Hilliard, 1993). O autor defende ainda que a generalização das descobertas não se deve realizar por agregação de grupos mas pela replicação caso-a-caso.

A presente investigação pretende assim analisar as variações intra-individuais, a partir de resultados quantitativos obtidos numa análise longitudinal do processo terapêutico, de forma a contribuir para a tomada de decisão clínica.

Concluindo, os estudos enquadrados no MCP têm apoiado a relação entre uma equilibrada regulação da satisfação das necessidades psicológicas e a saúde mental, sugerindo que dificuldades nesta regulação se associam a maiores níveis de sintomatologia.

Revela-se assim um caminho importante investigar a relação de mediação entre a regulação da satisfação das necessidades e a mudança terapêutica, avaliada em diferentes dimensões. Assim, a presente investigação tem como propósito compreender a forma como a

capacidade de regulação das necessidades evolui ao longo do processo terapêutico, bem como de que maneira se relaciona com os processos envolvidos na mesma, com a sintomatologia e estimativa de melhoria ao longo do processo, sendo a primeira investigação a explorar as relações entre as variáveis descritas, ao longo do processo terapêutico.

Metodologia

O presente estudo, de carácter exploratório, centra-se na evolução da capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, de pacientes em acompanhamento psicoterapêutico, ao longo do processo terapêutico. Perspetiva-se que a evolução da capacidade de regulação da satisfação das necessidades se relacione com a evolução do nível de funcionalidade dos processos envolvidos na mesma, dos perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, bem como do nível de discrepância do *Self* e da qualidade da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico, e que possa também influenciar os níveis de sintomatologia e a estimativa de melhoria do paciente.

O presente estudo considera como objetivos:

- a) Comparar indivíduos, em início de acompanhamento psicoterapêutico, “com” e “sem” perturbação (a partir do valor de ponto de corte do Índice de Sintomas Positivos do BSI, > 1.70) quanto i) ao nível de regulação da satisfação das necessidades; ii) ao nível de funcionalidade dos processos, e iii) à estimativa de melhoria.
- b) Analisar as mudanças que ocorrem ao longo do processo terapêutico quanto ao nível de regulação da satisfação das necessidades, ao grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades; aos perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, ao nível das discrepâncias do *Self*, ao nível de sintomatologia, da qualidade da relação terapêutica e da avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria.
- c) Estudar a associação entre a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas ao longo do processo terapêutico e i) o grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas; ii) os perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas; iii) as discrepâncias do *Self*; iv) a sintomatologia; v) a qualidade da relação terapêutica e vi) a avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria.
- d) Estudar a associação entre o nível de discrepâncias do *Self* e a sintomatologia, ao longo do processo terapêutico.

Tendo em consideração o enquadramento teórico apresentado, e considerando os objetivos do presente estudo, colocam-se as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que indivíduos “não perturbados” apresentem um maior nível de capacidade de regulação da satisfação das necessidades e de funcionalidade dos processos envolvidos na mesma e uma maior estimativa de melhoria do que indivíduos “perturbados”.

H2: Com o decorrer do processo terapêutico espera-se que a capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes aumente, bem como o grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades e a avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria; diminua o nível de discrepâncias das necessidades, o nível das discrepâncias do *Self* e o nível de sintomatologia; a percepção da qualidade da aliança terapêutica espera-se que oscile ao longo do processo.

H3: Com o decorrer do processo terapêutico espera-se que à medida que a capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes aumente, o grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades, a avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria e a percepção de qualidade da relação terapêutica.

H4: Com o decorrer do processo terapêutico espera-se que, à medida que a capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes aumentem, os perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, o nível de sintomatologia e o nível as discrepâncias do *Self* diminuam.

H5: Com o decorrer do processo terapêutico, quanto menor o nível de discrepância do *Self*, menor a sintomatologia manifestada pelos pacientes.

1. Procedimentos

Para a realização deste estudo, foi solicitada a colaboração de terapeutas, e respetivos pacientes, que fossem iniciar um processo psicoterapêutico.

Os terapeutas que decidiram colaborar na investigação informaram os seus pacientes da nossa investigação, na primeira sessão, através de um consentimento informado dirigido aos mesmos (ver anexo A).

Os pacientes, que aceitaram participar no estudo, colaboraram, voluntariamente, e sem qualquer tipo de remuneração ou compensação, tendo sido informados da possibilidade de desistência, a qualquer momento, se assim o desejassem.

Ao longo do processo terapêutico foi pedido aos participantes o preenchimento de protocolos de instrumentos. Cada protocolo corresponde a um momento de aplicação e engloba um conjunto de seis instrumentos, necessários para a avaliação das variáveis do presente estudo: Escala de Regulação da Satisfação das necessidades (ERSN-57; Vasco, et.,al, 2013); Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN, Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes, & Várzea, 2014); a Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN; Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014); Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis & Spencer, 1982, tradução de Afonso, 1988); a EEM-CP (Versão adaptada, Conceição, Vasco, Medina, Nave, & Moleiro, 2004) e o Inventário de Aliança Terapêutica (WAI-S ; Versão Reduzida: Tracey & Kokotovic, 1989).

Os seis questionários acima mencionados foram divididos em três pares de questionários. O terapeuta entregou, cada par de instrumentos, ao seu paciente, em três sessões consecutivas, com início na primeira sessão. Foi solicitado aos pacientes que os mesmos fossem preenchidos em casa e entregues na sessão seguinte, sendo que, cada um deles, foi preenchido de quatro em quatro sessões.

Após a aplicação do primeiro protocolo de instrumentos foi estabelecido um intervalo de quatro sessões, até ao recomeço do próximo protocolo.

Passado esse intervalo, e ao dar-se início de um novo protocolo, os procedimentos efetuados foram semelhantes aos descritos para a aplicação do primeiro.

No consentimento informado foram apresentados o âmbito e objetivos gerais do estudo, as condições de participação, a duração aproximada prevista do preenchimento dos instrumentos (anexo A).

Todos os procedimentos seguem uma sequência e ocorreram ao longo do processo terapêutico, em momentos pré-estabelecidos, descritos num documento facultado aos terapeutas, aquando a decisão de participarem na investigação, que se encontra em anexo (anexo B).

A todos os participantes foi fornecido o contacto eletrónico, através do qual poderiam esclarecer alguma dúvida relativamente ao presente estudo, à sua participação ou solicitar informação relativa aos resultados do estudo no final do mesmo.

Foram atribuídos códigos aos pacientes, nas análises, para assegurar a confidencialidade de todos os dados recolhidos, sendo que os terapeutas poderiam ter a

informação relativa aos dados dos seus pacientes, se assim o desejassem, constando essa informação no consentimento informado.

2. Caracterização da amostra

A seleção da amostra foi feita seguindo um critério de conveniência, neste caso o início de um acompanhamento psicoterapêutico. A amostra da presente investigação foi comum a uma outra investigação, que analisou mais aprofundadamente as variáveis Perfis de Discrepância na Regulação das Necessidades Psicológicas e Discrepâncias do Self.

Os pacientes, enquanto participantes, constituem uma amostra clínica a iniciar acompanhamento psicoterapêutico, na qual foram estipulados critérios de participação, nomeadamente ter idade igual ou superior a 18 anos; ter, no mínimo, o 9º ano de escolaridade (ou equivalente) e ter a língua portuguesa como língua materna.

Estes requisitos tinham de ser preenchidos pelos participantes na totalidade. As condições descritas, bem como outras informações relevantes em termos éticos são explicitadas no consentimento informado (Anexo A).

De forma a caracterizar a amostra foram solicitadas informações relativas à idade, género, habilitações literárias (12º ano ou equivalente, licenciatura, mestrado) e o tipo de acompanhamento psicoterapêutico (público ou privado).

No Quadro 1 é apresentada a caracterização da amostra, tendo em conta que todos os participantes responderam aos mesmos instrumentos. De salientar que, no entanto, nem todos os participantes responderam o mesmo número de vezes aos diferentes instrumentos, como se pode verificar no Quadro 1.

Quadro 1. *Caracterização da amostra*

Protocolo completo (seis instrumentos supramencionados)	
<i>n</i>	12
Idade (anos)	
<i>M</i>	32,58
<i>DP</i>	8,867
Mínima	21
Máxima	46
Género	
Masculino	2
Feminino	10
Habilitações Literárias	
12º Ano ou equivalente	6
Licenciatura	4
Mestrado	2
Acompanhamento	
Público	10
Privado	2
Preenchimento	
<i>Momento 1</i>	12
<i>Momento 2</i>	6
<i>Momento 3</i>	3
<i>Momento 4</i>	1

3. Instrumentos de Medida

3.1. Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas – *versão reduzida de 57 itens (ERSN-57)* - sem escala de validade (ERSN-43) (Anexo C)

A regulação da satisfação de necessidades psicológicas foi avaliada pela Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas (ERSN-57; Vasco, et., al, 2013). A ERSN-57 é um instrumento de auto-relato, elaborado com base na revisão de literatura sobre

necessidades psicológicas, que tem como objetivo avaliar a regulação das necessidades psicológicas tal como conceptualizadas pelo Modelo de Complementaridade Paradigmática (2001).

Na presente investigação foram utilizados 43 itens, dado que foram retirados os catorze itens de validade (Vargues-Conceição, 2013) – um item respetivo a cada uma das subescalas de necessidades - da Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades de 57 itens (Vasco, et.,al). Os catorze itens de validade da ERSN-57 foram retirados para a utilização da mesma na presente investigação, por terem sido considerados inconclusivos em investigações anteriores.

Este instrumento é composto por catorze subescalas (correspondentes a cada uma das necessidades psicológicas), sendo que, juntas, constituem as sete escalas correspondentes. Cada subescala inclui três itens, sendo que, na sua totalidade, as escalas contêm seis itens (à exceção da escala Prazer/Dor, que contém 7 itens, uma vez que a subescala Dor é composta por quatro itens). Tem-se, assim, a escala *Prazer/Dor* que engloba as subescalas *Prazer* (itens 8, 13, 19) e *Dor* (itens 9, 14, 24, 30); *Proximidade/Diferenciação* engloba *Proximidade* (itens 5, 6, 11) e *Diferenciação* (itens 3, 18, 28); *Produtividade/Lazer* engloba *Produtividade* (itens 10, 40, 43) e *Lazer* (itens 12, 15, 42); *Controlo/Cooperação* engloba *Controlo* (itens 16, 21, 29) e *Cooperação* (itens 23, 25, 31); *Exploração/Tranquilidade* engloba *Exploração* (itens 4, 7, 32) e *Tranquilidade* (itens 20, 27, 39); *Coerência/Incoerência do Self* engloba *Coerência* (itens 33, 34, 37) e *Incoerência* (itens 17, 26, 41); e *Autoestima /Autocrítica* que engloba *Autoestima* (itens 2, 36, 38) e *Autocrítica* (itens 1, 22, 35).

A resposta a cada item é expressa numa escala de *Likert* de oito pontos, que varia entre 1 “*Discordo totalmente*” e 8 “*Concordo totalmente*”. Os valores 4 e 5 dividem, respetivamente, as dimensões de discordância e concordância.

A resposta aos itens é dada em três colunas de resposta, na versão Eu Real (“*como eu sou*”), Eu Ideal (“*como eu gostaria de ser*”) e Eu Obrigatório (“*como eu deveria ser*”), de forma a avaliar as discrepâncias entre os *selves*. A ERSN-43.

No presente estudo a escala global das três versões de resposta (*Self* real, *Self* ideal e *Self* obrigatório) apresentam uma consistência interna (alfa de Cronbach), respetivamente de .93, .92, .90, o que é indicativo de uma elevada consistência interna, uma vez que os valores de alfa de Cronbach são superiores a .70 (Pallant, 2007). Estes valores de consistência interna são semelhantes aos obtidos no estudo anterior com 57 itens em que foram utilizadas as três versões de resposta (Ferreira, 2013), onde as mesmas obtiveram, respetivamente, .94, .91 e .89.

3.2.. Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)

Os processos envolvidos na regulação da satisfação das necessidades foram avaliados através da Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN, Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes, & Várzea, 2014).

A EPRSN é um instrumento de autorrelato que tem como objetivo avaliar o grau de funcionalidade dos processos que são conceptualizados como estarem implicados na regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Este instrumento é composto por 30 itens, cuja resposta é dada numa escala de *Likert*, variando entre “1 - *Discordo Totalmente*” e “8 - *Concordo Totalmente*”.

A EPRSN é formada por sete escalas, correspondentes a cada um dos processos, apresentadas de seguida: 1) *Atenção*, que avalia a capacidade para se aperceber das necessidades, lhes prestar atenção e denotar a importância de o fazer. Inclui quatro itens: 1, 8, 15 e 22; 2) *Sinalização Emocional*, que avalia o reconhecimento do papel das emoções na sinalização do estado de regulação da satisfação das necessidades, é composta por quatro itens: 2, 9, 16 e 23; 3) *Conhecimento e Validação* reporta ao conhecimento das necessidades próprias e ao notar da sua importância e legitimidade, incluindo cinco itens: 3, 10, 17, 24 e 29; 4) *Diferenciação e Relação* avalia a capacidade do próprio para distinguir as suas várias necessidades e, ao mesmo tempo, ter consciência de que se relacionam. Esta escala tem quatro itens: 4, 11, 18 e 25; 5) *Escolha e Compromisso*, escala que avalia a capacidade de ir escolhendo entre as várias necessidades e comprometer-se com essa mesma escolha, alterando-se a prioridade relativa das várias necessidades, inclui cinco itens: 5, 12, 19, 26 e 30; 6) *Satisfação e Frustração* avalia a capacidade do próprio para permitir (a si e aos outros) que as suas necessidades vão sendo satisfeitas, sendo uma escala constituída por quatro itens: 6, 13, 20 e 27 e por último, 7) *Atualização e Transcendência* avalia a capacidade do próprio para reconhecer que o processo de necessitar é mutável, através de quatro itens: 7, 14, 21 e 28.

Cada uma das escalas apresentadas inclui um item invertido, portanto, anteriormente ao cálculo dos resultados de cada escala e da escala global foram invertidos os valores dos itens: 2, 5, 7, 13, 22, 24 e 25.

Neste estudo, a escala global da EPRSN revela um nível de consistência interna (alfa de Cronbach) de .73, sendo indicativo de um nível elevado de consistência interna, sendo superior a .70 (Pallant, 2007). O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo foi inferior ao obtido num estudo anterior, em que obtiveram uma consistência interna de .93 (Carolino; 2014).

3.3. Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN)

Os Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas foram avaliados através da Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas (EPDN; Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014).

A EPDN consiste num instrumento de auto-relato de 66 itens, que avalia os perfis de discrepâncias de necessidades psicológicas, que caracterizam o registo ou estilo de funcionamento patológico aquando a fixação num polo em detrimento do polo complementar. Este instrumento é constituído por catorze escalas, correspondentes a cada um dos perfis de discrepâncias, nomeadamente: + *Prazer - Dor* (quatro itens: 1, 15, 29, 43); - *Prazer + Dor* (quatro itens: 8, 22, 36, 50); + *Proximidade - Diferenciação* (cinco itens: 2, 16, 30, 44, 57); - *Proximidade + Diferenciação* (cinco itens: 9, 23, 37, 51, 62); + *Produtividade - Lazer* (cinco itens: 3, 17, 31, 45, 58); - *Produtividade + Lazer* (quatro itens: 10, 24, 38, 52); + *Controlo - Cooperação* (cinco itens: 4, 18, 32, 46, 59); - *Controlo + Cooperação* (quatro itens: 11, 25, 39, 53); + *Exploração - Tranquilidade* (quatro itens: 5, 19, 33, 47); - *Exploração + Tranquilidade* (cinco itens: 12, 26, 40, 54, 63); + *Coerência do Self - Incoerência do Self* (cinco itens: 6, 20, 34, 48, 60); - *Coerência do Self + Incoerência do Self* (seis itens: 13, 27, 41, 55, 64, 66); + *Autoestima - Autocrítica* (cinco itens: 7, 21, 35, 49, 61); e - *Autoestima + Autocrítica* (cinco itens: 14, 28, 42, 56, 65). As respostas aos itens são expressas numa escala de *Likert* de oito pontos, que varia entre 1 “*Discordo totalmente*” e 8 “*Concordo totalmente*”. Os valores 4 e 5 separam, respetivamente, as dimensões de discordância e concordância.

No presente estudo, a escala global da EPDN apresenta um nível de consistência interna (alfa de Cronbach) de .95, o que é, então, indicativo de um nível elevado de consistência interna ao ser superior a .70 (Pallant, 2007). O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo é superior ao obtido no estudo original do questionário, onde obteve uma consistência interna de .93 (Vasco, Barcelos, Carolino, Lopes & Várzea, 2014).

3.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

A sintomatologia foi avaliada pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis & Spencer, 1982, tradução de Afonso, 1988).

O BSI é um instrumento de auto-relato, constituído por 53 itens, onde a sintomatologia é agrupada em 9 dimensões: *Somatização* (sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Obsessões-compulsões* (seis itens: 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal* (quatro itens: 20, 21, 22, 42), *Depressão* (seis itens: 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Ansiedade* (seis itens: 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Hostilidade* (cinco itens: 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade Fóbica* (cinco itens: 8, 28, 31, 43,

47), *Ideação Paranóide* (cinco itens: 4, 10, 24, 48, 51) e *Psicoticismo* (cinco itens: 3, 14, 34, 44, 53).

Embora não pertençam a qualquer uma das dimensões referidas, os itens 11, 25, 39 e 52 foram incluídos no inventário dada a sua relevância clínica, sendo considerados itens adicionais, contribuindo, também, para a avaliação da sintomatologia geral. Os resultados permitem obter três índices globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional: *Índice Geral de Sintomas (IGS)*, *Índice de Sintomas Positivos (ISP)* e *Total de Sintomas Positivos (TSP)* (Derogatis & Spencer, 1982).

A resposta a cada um dos itens é expressa numa escala de *Likert* de cinco pontos (na qual “0” corresponde a “*Nunca*” e, no outro extremo, “4” corresponde a “*Extremamente*”), onde é pedido ao participante que assinale em que grau se sentiu perturbado pelos problemas apresentados, durante a última semana.

No presente estudo, a escala global do BSI apresenta um nível de consistência interna (alfa de Cronbach) de .97, sendo indicativo de um nível elevado de consistência interna ao ser superior a .70 (Pallant, 2007). O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo foi igual ao obtido em estudos anteriores, em que obtiveram uma consistência interna de .97 (Barcelos, 2014; Carolino; 2014)

3.5. Escala de Estimativa de Melhoria (EEM-CP)

De forma a aceder à estimativa que os pacientes fazem das melhorias que se verificam na sua vida até ao momento do processo terapêutico em que se encontram foi utilizada a Escala de Estimativa de Melhoria (EEM- CP; Versão Adaptada: Conceição, Vasco, Medina, Nave, & Moleiro, 2004.). Esta escala consiste numa adaptação da EI que foi desenvolvida por Hatcher e Barends (1996). A EEM-CP (Versão adaptada, Conceição, Vasco, Medina, Nave, & Moleiro, 2004), instrumento utilizado neste estudo, resultou da tradução e adaptação do instrumento original. De acordo com os objetivos desta investigação, apenas foi utilizada a versão do instrumento para pacientes. Desta forma os cinco itens iniciais têm como objetivo capturar estimativas de melhoria relativas a queixas e sintomas iniciais (item 1), relações pessoais (item2), vida social (item 3), trabalho/estudo (item 4), e a forma como o paciente se sente consigo próprio (item 5), respetivamente. Por sua vez, o último item (item 6) consiste numa estimativa de mudança global ao longo da psicoterapia no qual os pacientes respondem à questão “*Em que medida sente que melhorou ao longo da psicoterapia?*”. A formulação dos itens (...ao longo da psicoterapia) procura capturar a acumulação de melhorias durante o

processo psicoterapêutico, refletindo as mudanças experienciadas na terapia, mas também fora do contexto terapêutico, isto é, que não acontecem necessariamente dentro da sessão.

Neste estudo, a escala global da EEM-CP apresenta um nível de consistência interna (alfa de Cronbach) de .77, revelando um nível elevado de consistência interna, ao ser superior a .70 (Pallant, 2007). O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo foi inferior ao valor obtido num estudo anterior, no qual obtiveram uma consistência interna de .85 (Conceição, 2005).

3.6. Inventário de Aliança Terapêutica – Versão curta (WAI-S)

De modo a avaliar a qualidade da aliança terapêutica foi utilizada a versão curta do Inventário de Aliança Terapêutica (WAI-S ; Versão Reduzida: Tracey & Kokotovic, 1989). Esta escala consiste numa versão curta da versão original do instrumento, WAI (Horvarth & Greenberg, 1989), um inventário constituído por 36 itens que se baseia na conceptualização de aliança de Bordin (1979), de acordo com a qual, como antes referido, esta é composta por concordância face a tarefas e face a objetivos e laço.

Assim, o inventário WAI (Horvarth & Greenberg, 1989) consiste em três subescalas de aliança que permitem compreender o acordo entre terapeuta e paciente relativamente a objetivos, o nível de acordo sobre as tarefas, e a força do laço. Um elemento da díade terapêutica, avalia a frequência de sentimentos e pensamentos acerca do outro, numa escala de Likert de 7 pontos (0: nunca; 7: sempre). No presente estudo, tendo em conta os objetivos do mesmo, observou-se a frequência de sentimentos e pensamentos do paciente em relação ao terapeuta. Para tal, foi utilizada a versão curta do inventário, WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989) que é constituída por 12 itens, quatro para cada dimensão, com características psicométricas comparáveis às originais (Tracey & Kokotovic, 1989).

A utilização da versão curta da WAI relaciona-se com as vantagens da utilização de uma medida curta de modo a facilitar o trabalho, quer aos participantes quer aos investigadores, tendo em conta que na presente investigação foi aplicado um grande número de medidas.

Neste estudo, a escala global da WAI-S apresenta um nível de consistência interna (alfa de Cronbach) de .81, revelando um nível elevado de consistência interna, ao ser superior a .70 (Pallant, 2007). O valor de alfa de Cronbach obtido neste estudo vai de encontro aos valores de estudos de consistência interna realizados anteriormente, nos quais o alfa de Cronbach varia entre .87 e .93 (Horvath & Greenberg).

4. Técnicas de Tratamento de Dados

Relativamente à análise quantitativa, o tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 22 (SPSS Inc., Chicago, IL).

Começou-se por estudar a precisão dos instrumentos utilizados na presente investigação, analisando a consistência interna dos mesmos, através do cálculo do coeficiente Alfa de Cronbach.

Tendo em consideração a reduzida dimensão da amostra ($n < 30$), e o facto das variáveis não respeitarem a normalidade da distribuição e a homogeneidade de variâncias, recorreu-se a técnicas de análise não paramétricas (Maroco, 2007). Para testar as hipóteses do estudo, relativas às diferenças entre os momentos de terapia, recorreu-se ao teste não paramétrico Wilcoxon para amostras emparelhadas. De forma a comparar dois grupos de pacientes, no início do processo terapêutico, divididos com base na presença ou ausência perturbação, relativamente às variáveis em estudo, utilizou-se o teste Wilcoxon Mann-Whitney.

Partindo dos resultados observados na análise quantitativa e, tendo em conta o número reduzido da amostra que não permitiu uma análise estatisticamente significativa, na comparação de momentos, foi realizada uma análise descritiva da evolução dos participantes, ao longo do processo terapêutico, relativamente às variáveis em estudo. Esta análise descritiva foi realizada ao nível global de análise, percebendo como se dividiam os participantes relativamente à direção da evolução.

A partir da análise global da evolução dos participantes ao longo do processo, partiu-se para uma análise descritiva, com características de um estudo de caso. Assim, foram analisados os resultados individuais dos pacientes, nos diferentes momentos, ao nível das variáveis estudadas. Como já foi referido, a presente investigação pretende realizar uma análise longitudinal, intra-individual, de forma a perceber as mudanças e evolução, ao longo do processo terapêutico, em indivíduos em acompanhamento psicoterapêutico. Não se pretendem, assim, generalizar dados, mas sim compreender as mudanças que ocorrem nos pacientes, de forma a contribuir para o estudo da capacidade de regulação das necessidades, enquanto mediadora da mudança no processo terapêutico.

Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados da presente investigação, na sequência correspondente à descrição dos objetivos que se pretendem alcançar.

1. Comparações de grupos no início do processo terapêutico

Com o objetivo de analisar as diferenças, entre a população perturbada e não perturbada, relativamente às variáveis em estudo, a amostra (n=12) foi dividida em dois grupos (Grupo 1: grupo “com perturbação”, n=8; Grupo 2: grupo “sem perturbação”, n=4), com base no ponto de corte do Índice de Sintomas Positivos do BSI, de 1.70 (Canavarro, 2007), que é considerado o critério mais sensível à presença ou ausência de perturbação. Apesar de a amostra utilizada ser uma amostra clínica, em acompanhamento psicoterapêutico, é possível encontrar pacientes cujo Índice de Sintomas Positivos se encontra abaixo do ponto de corte. Tal poderá relacionar-se com uma menor presença, ou autoconsciência menos elevada, relativamente a sintomas de sofrimento psicológico em alguns dos pacientes que constituem a amostra.

Uma vez que a amostra utilizada foi comum a duas investigações, bem como a análise realizada, a análise das variáveis em estudo foi dividida pelas duas investigações. Assim, na presente investigação são analisadas as variáveis capacidade de regulação da satisfação das necessidades, nível de funcionalidade dos processos envolvidos na regulação das necessidades e estimativa de melhoria. Por sua vez, numa outra investigação (Santos, 2015) são analisadas as variáveis perfis de discrepâncias na regulação das necessidades psicológicas e discrepâncias do Self, entre Self-Real-Self Ideal e Self Real-Self Obrigatório.

Os dois grupos foram comparados relativamente: a) à regulação da satisfação das necessidades, a nível global, das 7 polaridades dialéticas e das 14 necessidades psicológicas; b) ao grau de funcionalidade dos processos de regulação, quer a nível global quer em cada um dos sete processos; c) à estimativa que o paciente faz da sua melhoria no processo terapêutico, no momento em que se encontra.

As hipóteses de que, no início do processo terapêutico, pacientes “com perturbação” apresentam: a) um menor nível de regulação da satisfação das necessidades, quer a nível global, quer a nível dos polos e de cada uma das necessidades; b) uma menor estimativa de melhoria e c) um menor nível de funcionalidade nos processos; quando comparados com pacientes “sem perturbação”, foram avaliadas através da realização do teste não paramétrico Wilcoxon Mann-Whitney para amostras independentes, de forma a testar as diferenças entre os dois grupos,

tendo em conta que as variáveis não seguem a distribuição normal e ainda, a reduzida dimensão da amostra.

1.1.Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

Quadro 2

Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto à variável Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, relativamente ao nível geral de regulação, às catorze necessidades psicológicas e às sete polaridades dialéticas (ERSN).

Escala e Sub-escalas	Ordens médias	
	“Com Perturbação” (n=8)	“Sem Perturbação” (n=4)
Prazer	5.69	8.13
Dor *	4.50	10.50
Prazer-Dor **	4.94	9.63
Proximidade	5.69	8.13
Diferenciação	5.75	8.00
Proximidade-Diferenciação.	5.56	8.38
Produtividade **	7.81	3.88
Lazer	5.75	8.00
Produtividade-Lazer	6.13	7.25
Controlo	6.88	5.75
Cooperação	7.19	5.13
Controlo-Cooperação	7.50	4.50
Exploração	6.50	6.50
Tranquilidade	6.31	6.88
Exploração-Tranquilidade	6.13	7.25
Coerência	6.19	7.13
Incoerência	6.00	7.50
Coerência-Incoerência.	6.19	7.13
Auto-estima	6.81	5.88
Auto-crítica	6.56	6.38
Autoestima-Autocritica	6.38	6.75
Global	6.25	7.00

* $p < .01$; ** $p < .05$

No Quadro 1 são apresentadas as ordens médias obtidas nos dois grupos, relativamente à capacidade de regulação da satisfação das necessidades, às 14 necessidades psicológicas e às 7 polaridades dialéticas.

Os resultados obtidos revelam que não se verificam diferenças significativas ($p>.05$) entre os dois grupos no que respeita à capacidade global de regulação da satisfação das necessidades. Não obstante, o grupo “com perturbação” apresenta, tendencialmente, níveis mais baixos de regulação da satisfação das necessidades do que o grupo “sem perturbação”.

Através dos resultados observa-se que os grupos “com” e “sem” perturbação não diferem significativamente ($p>.05$) no que respeita aos polos de necessidades. A única exceção refere-se à polaridade *Prazer-Dor* em que o grupo “com perturbação” apresenta significativamente ($p<.05$) valores mais baixos de regulação ($U= 3,5$; $W=39,5$; $p=.018$) neste polo comparativamente ao grupo “sem perturbação”. Verifica-se que nos restantes polos, apesar de não haver diferenças significativas ($p>.05$) entre os grupos, o grupo “sem perturbação” apresenta, tendencialmente, valores mais elevados de regulação da satisfação das necessidades, à exceção do polo *Controlo-Cooperação*, em que o grupo “com perturbação” apresenta um nível mais elevado de regulação do que o grupo “sem perturbação”.

Relativamente a cada uma das necessidades, os resultados permitem verificar diferenças significativas entre os grupos nas necessidades *Dor* e *Produtividade*. Relativamente à necessidade *Dor*, o grupo “com perturbação” apresenta, de forma significativa ($p<.01$) um menor nível de regulação de satisfação ($U= 0,0$; $W=36,0$; $p=.002$) do que o grupo “sem perturbação”. Por outro lado, na necessidade *Produtividade* o grupo “com perturbação” apresenta, de forma significativa ($p<.05$) um maior nível de regulação de satisfação desta necessidade ($U= 5,5$; $W=15,5$; $p=.044$) do que o grupo “sem perturbação”.

Nas restantes necessidades, apesar de não apresentarem diferenças significativas ($p>.05$), verificam-se diferentes resultados. O grupo “sem” perturbação apresenta, tendencialmente, valores mais baixos de regulação nas necessidades *Controlo*, *Cooperação*, *Autocrítica* e *Autoestima* do que o grupo “com” perturbação.

Por sua vez, o grupo “com” perturbação apresenta, tendencialmente, valores mais baixos de regulação nas necessidades *Prazer*, *Proximidade*, *Diferenciação*, *Coerência*, *Incoerência*, *Lazer* e *Tranquilidade* quando comparados com o grupo “sem” perturbação

Na necessidade *Exploração*, os dois grupos apresentam resultados iguais.

1.2. Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

Quadro 3

Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto ao grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas (EPRSN).

Escala	Ordens médias	
	“Com Perturbação” (n=8)	“Sem Perturbação” (n=4)
Atenção	6.25	7.00
Sinalização Emocional	5.81	7.88
Conhecimento e Validação	6.38	6.75
Diferenciação e Relação	6.44	6.63
Escolha e Compromisso	5.25	9.00
Satisfação	6.25	7.00
Atualização	7.50	4.50
Global	5.94	7.63

No Quadro 2 são apresentadas as ordens médias obtidas nos dois grupos, relativamente ao grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas.

Através dos resultados é possível observar que não se verificam diferenças significativas ($p>.05$) entre os dois grupos no que respeita ao grau de funcionalidade dos processos de regulação, quer a nível global, quer em cada um dos processos.

No entanto, o grupo “com perturbação” apresenta, tendencialmente, um menor grau de funcionalidade dos processos, quer ao nível global, quer em cada um dos processos, quando comparados com o grupo “sem perturbação”.

1.3. Estimativa de Melhoria

Quadro 4

Teste Wilcoxon-Mann-Whitney. Ordens médias. Comparação entre o grupo “com perturbação” (n=8) e “sem perturbação” (n=4), no início do processo terapêutico, quanto à variável estimativa de melhoria (EEM).

Escalas	Ordens médias	
	“Com” Perturbação (n=8)	“Sem” Perturbação (n=4)
Estimativa de Melhoria	5.38	8.75

No Quadro 3 são apresentadas as ordens médias obtidas nos dois grupos, relativamente ao à estimativa que os pacientes fazem das melhorias que se verificam na sua vida até ao momento do processo terapêutico em que se encontram.

Segundo os resultados observados não se verificam diferenças significativas ($p>.05$) entre os dois grupos no que respeita à estimativa global que os pacientes fazem das melhorias verificadas até ao momento do processo terapêutico em que se encontram.

Ainda assim, os resultados demonstram que o grupo “com perturbação” apresenta, tendencialmente, uma estimativa de melhoria menor, quando comparado com o grupo “sem perturbação”.

2. Comparação Inter-momentos: Análise Global

Com o objetivo de comparar os resultados nas variáveis ao longo dos diferentes momentos recorreu-se à utilização do teste não paramétrico Wilcoxon para amostras emparelhadas, tendo em conta a reduzida dimensão da amostra e que as variáveis não seguem a distribuição normal.

Um dos requisitos do teste utilizado é que as amostras utilizadas nos dois momentos comparados tenham o mesmo número de participantes (Maroco, 2007). Assim, a comparação dos resultados obtidos entre os momentos da terapia nos quais foram recolhidos os dados foi efetuada por pares de momentos. No início do processo terapêutico a dimensão da amostra era superior (n=12), mas apenas seis participantes responderam aos mesmos questionários no momento 2, sendo que apenas três participantes constituem a amostra no momento 3. Assim, comparou-se o momento 1 com o momento 2 (n=6), o momento 2 com o momento 3 (n=3) e, também, o momento 1 com o momento 3 (n=3). Entre cada um dos momentos observados

houve um intervalo de quatro sessões de psicoterapia, sendo que os resultados se referem à evolução do paciente nesse período de tempo.

De referir que, tanto a amostra como a análise apresentada foram comuns a outra investigação (Santos, 2015) na qual serão analisadas as variáveis perfis de discrepâncias na regulação da satisfação das necessidades e discrepâncias do *Self*, que não serão analisadas na presente investigação.

Por sua vez, na presente investigação foram analisadas as variáveis capacidade de regulação da satisfação das necessidades, funcionalidade dos processos envolvidos na mesma, nível de sintomatologia e perturbação e estimativa de melhoria. Foram avaliadas as hipóteses de que os pacientes, ao longo do processo terapêutico, apresentam: a) um maior nível de regulação da satisfação das necessidades psicológicas; b) um maior grau de funcionalidade dos processos; c) menor sintomatologia; d) uma maior estimativa de melhoria e e) oscilações na perceção da qualidade da aliança terapêutica.

Tendo em conta que um dos objetivos da investigação é analisar posteriormente a evolução individual dos pacientes, os resultados do teste utilizado foram analisados de forma descritiva, no sentido de perceber a direção da evolução da maioria dos pacientes, entre cada uma das comparações de momentos. Assim, pretende-se compreender se existem diferenças significativas entre os resultados dos diferentes pares de momentos, nas variáveis em estudo e o sentido da evolução ao longo do processo a nível global, de forma a aprofundar, na análise individual realizada posteriormente, os padrões individuais de evolução, ao longo do processo terapêutico.

2.1.Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas (ERSN)

No que respeita ao nível de regulação da satisfação das necessidades, os resultados permitem observar que não existem diferenças significativas ($p>.05$), entre os diferentes pares de momentos, observando-se assim, uma evolução tendencial.

Ao comparar o **momento 1** e o **momento 2** verifica-se que o nível global da capacidade de regular a satisfação das necessidades psicológicas revela uma tendência a aumentar, sendo que quatro dos seis pacientes aumentaram a sua capacidade de regulação.

A capacidade de regular a satisfação das necessidades psicológicas aumentou de forma tendencial do **momento 2** para o **momento 3** ($n=3$). Assim, dois dos três pacientes aumentaram a capacidade de regulação das necessidades.

Comparando a capacidade de regular a satisfação das necessidades psicológicas no **momento 1** com a mesma capacidade no **momento 3** ($n=3$) é possível verificar que esta aumentou de forma tendencial. Assim, dois dos três pacientes aumentaram a capacidade de regulação das necessidades entre os dois momentos.

2.2.Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)

Relativamente à variável grau da funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades, não se observam, através dos resultados, diferenças significativas ($p>.05$), entre os diferentes momentos, observando-se assim uma evolução tendencial.

Os resultados permitem verificar que ao comparar o **momento 1** com o **momento 2**, três dos seis pacientes revelam um aumento geral no nível de funcionalidade dos processos, enquanto os restantes três apresentam uma diminuição.

Os resultados obtidos permitem observar que, na comparação do **momento 2** com o **momento 3**, o nível de funcionalidade geral dos processos de regulação da satisfação das necessidades tende a aumentar em dois dos três pacientes.

Quando comparados os **momentos 1 e 3**, segundo os resultados observados, o nível geral de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades tende a diminuir, pelo que, dois dos três pacientes diminuem o nível de funcionalidade.

2.3.Sintomatologia (BSI)

Relativamente à variável Sintomatologia, os resultados permitem verificar que não existem diferenças significativas ($p>.05$), relativamente ao nível de sintomatologia geral, entre os diferentes momentos.

No entanto, através de uma análise descritiva dos é possível observar que o nível de sintomatologia geral tende a diminuir ao longo dos três momentos de comparação. Assim, do **momento 1** para o **momento 2**, observa-se uma diminuição do nível de sintomatologia em cinco dos seis pacientes. Por sua vez, do **momento 2** para o **momento 3** a tendência mantém-se, sendo que dois dos três pacientes apresentam uma diminuição do nível de sintomatologia. Quando comparados os **momentos 1 e 3**, verifica-se que o nível de sintomatologia geral tende a diminuir em todos pacientes.

2.4. Estimativa de Melhoria (EEM)

Através dos resultados obtidos, não se observam diferenças significativas ($p > .05$), relativamente à variável estimativa de melhoria, em nenhuma das comparações realizada entre momentos.

Ainda assim, foi possível, através dos resultados verificar que a estimativa de melhoria tende a aumentar de forma tendencial entre os vários momentos. Do **momento 1** para o **momento 2** a estimativa de melhoria aumentou em quatro dos seis pacientes. Por sua vez, do **momento 2** para o **momento 3** a mesma variável aumentou em dois dos três pacientes e, quando comparados os **momentos 1 e 3**, verifica-se que estimativa de melhoria aumentou em todos os pacientes.

2.5. Aliança Terapêutica (WAI-S)

Não se observam diferenças significativas ($p > .05$), relativamente à qualidade da aliança terapêutica, ao longo do processo, observando-se uma evolução tendencial.

Através dos resultados verifica-se que entre o **momento 1 e o momento 2**, a qualidade da aliança terapêutica, como percebida pelo paciente, aumentou em três dos seis pacientes. Por outro lado, em dois dos seis pacientes a qualidade da aliança terapêutica diminuiu sendo que, em um dos seis pacientes, a qualidade da aliança se manteve.

Do **momento 2 para o momento 3**, a qualidade da aliança terapêutica tende a diminuir em dois dos três pacientes. Quando **comparados os momentos 1 e 3**, verifica-se que a qualidade da aliança terapêutica tende a aumentar em dois dos três pacientes.

3. Análise Descritiva Intra-Individual

Partindo do objetivo de analisar a evolução dos pacientes ao longo do processo terapêutico, quanto às variáveis capacidade de regulação da satisfação das necessidades, grau de funcionalidade dos processos de regulação, nível de discrepância das necessidades, nível de discrepância do *Self*, estimativa de melhoria e qualidade da aliança terapêutica, procedeu-se a uma análise descritiva de com características de um estudo de caso, analisando os resultados individuais dos pacientes, nos diferentes momentos de avaliação.

Uma vez que esta análise foi comum a outra investigação as análises da evolução individual dos pacientes foram divididas pelas duas investigações. Assim, a amostra foi

dividida em dois grupos de pacientes, com base no critério da sua evolução em termos de capacidade de regulação da satisfação das necessidades. Uma das investigações (Santos, 2015) analisou a evolução de pacientes que tendem a diminuir a sua capacidade de regulação ao longo dos do processo (dois pacientes). Por sua vez, a presente investigação analisará os pacientes que tendem a aumentar a capacidade de regulação da satisfação das necessidades ao longo do processo terapêutico (quatro pacientes).

No entanto, será apresentada a análise do paciente mais ilustrativo em cada um dos grupos de análise. (De forma a completar a informação da presente investigação consultar Santos, 2015).

A “Paciente 1” é uma mulher de 42 anos, que iniciou acompanhamento terapêutico, numa clínica de contexto privado, com um terapeuta em situação de estágio curricular. A evolução da paciente foi avaliada em quatro momentos diferentes, ao longo do processo terapêutico. De acordo com o procedimento existiu um intervalo de quatro sessões entre cada aplicação dos três pares de instrumentos, nas três sessões correspondentes.

A evolução da Paciente 1 é ilustrativa do padrão encontrado, em quatro pacientes, no qual os pacientes tendem a aumentar a capacidade de regulação das necessidades, como seria expectável. Segue-se uma análise descritiva da evolução da Paciente 1 ao longo do processo terapêutico, até ao momento da última avaliação, ou seja, após 24 sessões de psicoterapia, relativamente às variáveis em estudo.

3.1 Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

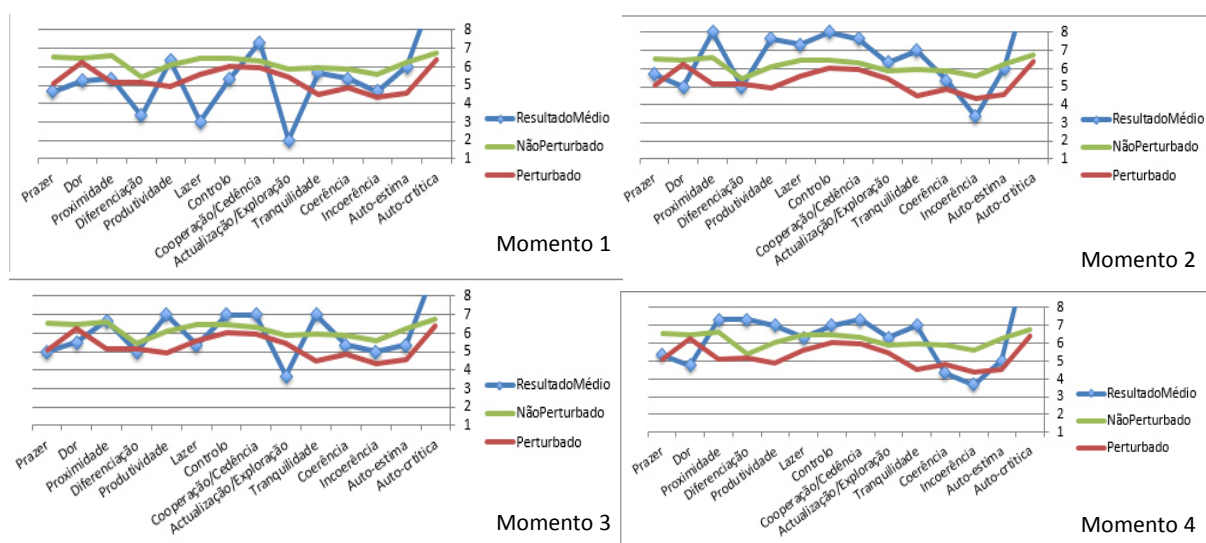


Figura 1. Valores médios de regulação da satisfação das necessidades na paciente 1 ao longo do processo terapêutico

Como é possível verificar na Figura 1, a paciente 1 revela um aumento, de forma global, na **capacidade de regulação da satisfação das necessidades** psicológicas ao longo do processo terapêutico, até ao momento em que foram recolhidos dados pela última vez.

Assim, do **momento 1 para o momento 2**, a paciente aumenta a capacidade de regulação de todas as necessidades psicológicas, à exceção da necessidade *Incoerência*, relativamente à qual a capacidade de regulação diminui. Desta forma, entre os dois momentos, a capacidade de regulação da maioria das necessidades da paciente 1 vai de encontro à linha correspondente à capacidade de regulação como acontece na população não perturbada. De salientar que as necessidades *Proximidade*, *Produtividade* e *Controlo* se encontram, no segundo momento de avaliação, acima da linha de regulação por parte da população não perturbada, de forma mais marcada que as restantes necessidades. A necessidade *Incoerência* situa-se, no segundo momento, abaixo da linha relativa à regulação, tal como acontece na população perturbada, o que não se verifica no primeiro momento de avaliação.

Observando a evolução da paciente do **momento 2 para o momento 3** é possível observar que a maioria das necessidades cuja capacidade de regulação aumentou na primeira evolução, revelam ter diminuído a capacidade de regulação. Assim, a capacidade de regulação das necessidades *Atualização/Exploração*, *Proximidade*, *Lazer*, *Controlo* e *Cooperação* diminui do momento 2 para o momento 3. Ainda assim, apenas numa das necessidades, *Atualização/Exploração*, a descida da capacidade de regulação foi mais acentuada, ficando abaixo da linha da população perturbada. Por sua vez, a necessidade de *Incoerência* revela um aumento significativo, passando de se encontrar abaixo da linha da população perturbada a estar próxima da linha da população não perturbada.

Do **momento 3 para o momento 4** a evolução da paciente 1 permite observar que, a capacidade de regulação da satisfação das necessidades tende a aumentar, de forma geral. Assim, a capacidade de regulação das necessidades *Diferenciação* e *Atualização/Exploração* apresenta um aumento mais acentuado, sendo que a capacidade de regular a necessidade *Atualização/Exploração* da paciente passou de ser característica da população perturbada a ir de encontro à capacidade da população não perturbada. Excecionalmente, a capacidade de regular as necessidades *Dor*, *Coerência* e *Incoerência* parece ter diminuído na paciente 1, entre o, momento 2 e 3. Por sua vez a capacidade de regulação da necessidade *Prazer* manteve-se de um momento para o outro.

3.2. Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas

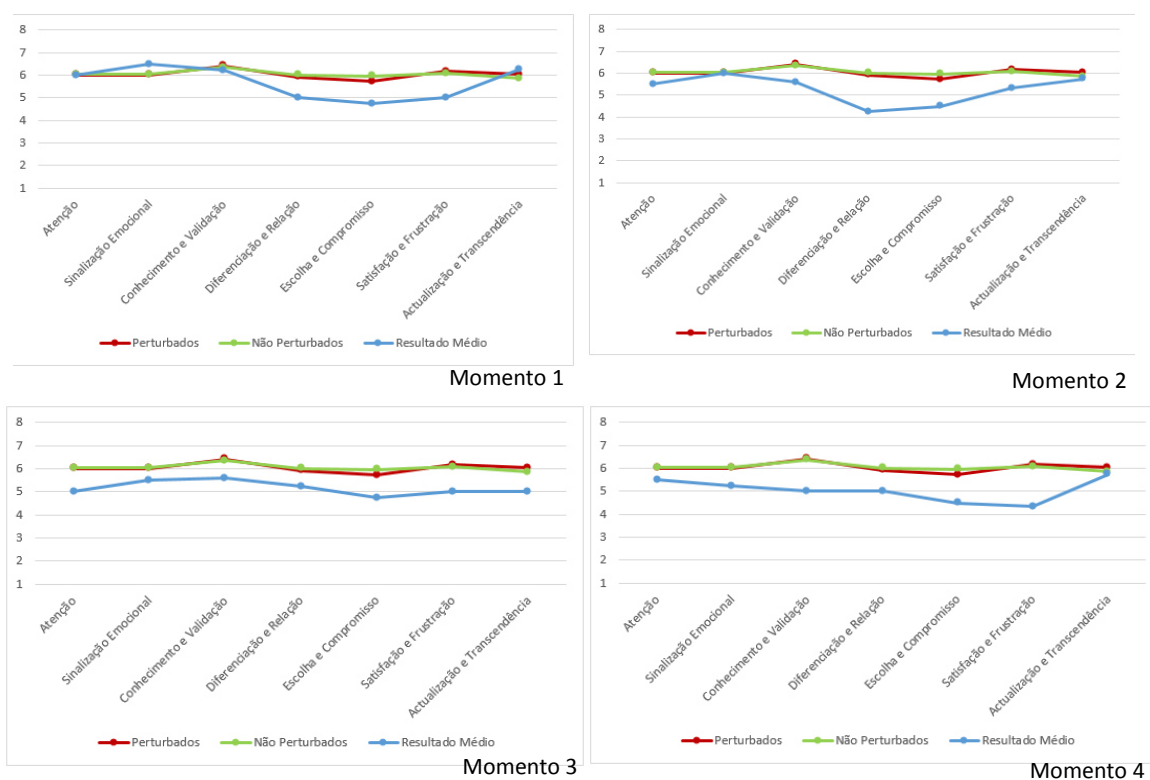


Figura 2. Valores médios de funcionalidade dos processos na paciente 1 ao longo do processo terapêutico

Relativamente aos **processos** envolvidos na regulação das necessidades é possível verificar, através da evolução apresentada na Figura 2, que o nível de funcionalidade dos mesmos não segue uma evolução linear ao longo do processo. Assim, à medida que a paciente evolui ao longo dos quatro momentos, o nível de funcionalidade aumenta relativamente a alguns dos processos e diminui em relação a outros.

Entre o **momento 1** e o **momento 2** a Paciente 1 revela ter diminuído o nível de funcionalidade em todos os processos, à exceção do processo *Satisfação e Frustração*, cujo nível de funcionalidade aumenta entre um momento e outro.

Comparando o nível de funcionalidade dos processos da Paciente 1 entre o **momento 2** e o **momento 3**, observa-se que relativamente ao processo *Conhecimento e Validação* não se verifica evolução em nenhum dos sentidos, sendo que o nível de funcionalidade se mantém. Por sua vez, nos processos de *Diferenciação e Relação* e *Escolha e Compromisso* verifica-se que o nível de funcionalidade revela um aumento. Por outro lado, nos processos de *Atenção*, *Sinalização Emocional* e *Atualização e Transcendência*, observa-se uma diminuição do nível

de funcionalidade. De salientar que no processo *Satisfação e Frustração* se observa uma diminuição do nível de funcionalidade, que voltou ao valor observado no primeiro momento.

Do **momento 3, para o momento 4**, ou seja entre a 17ª e a 24ª sessão, a paciente 1 revela, ao nível da funcionalidade dos processos, um aumento relativamente aos processos *Atenção e Atualização e Transcendência*, sendo neste último observado um aumento mais significativo. Por outro lado, nos restantes processos a paciente parece ter diminuído o nível de funcionalidade, sobretudo ao nível do *Conhecimento e Validação e da Satisfação e Frustração* das suas necessidades.

3.3. Perfis de Discrepância na Regulação das Necessidades

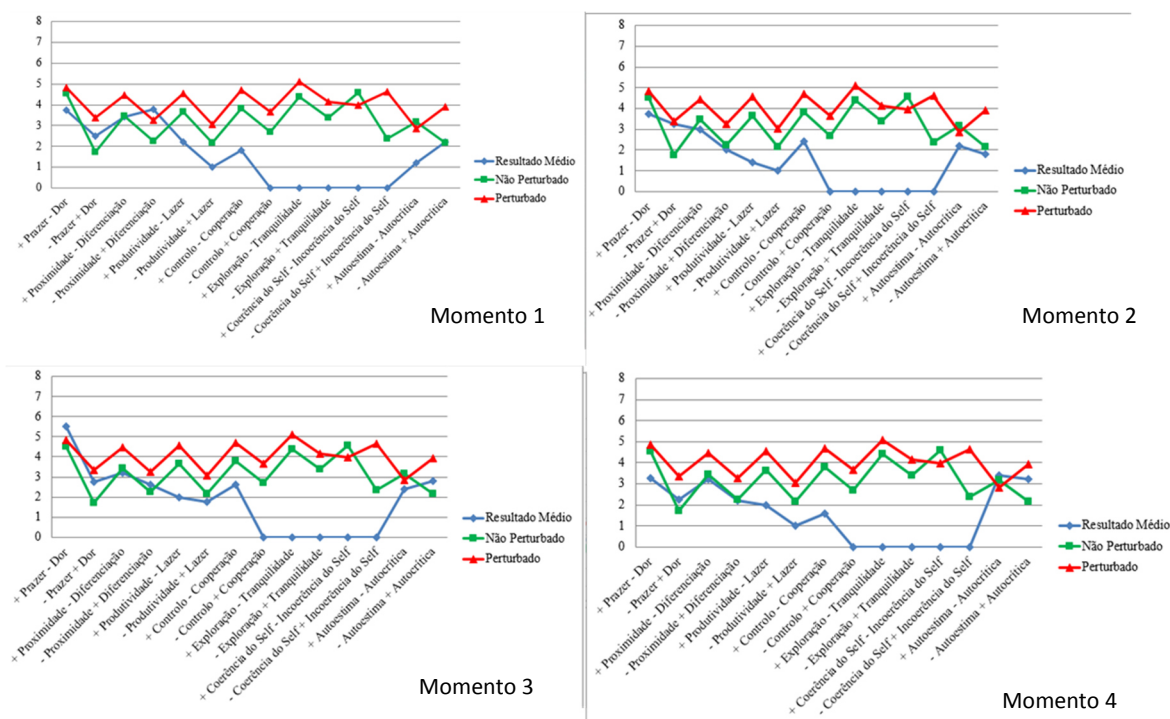


Figura 3. Valores médios de discrepância das necessidades psicológicas na paciente 1 ao longo do processo terapêutico

No que respeita aos **Perfis de Discrepâncias** na regulação da satisfação das necessidades, tal como se observa na Figura 3, a Paciente 1 revela diminuir, de forma progressiva, o nível de discrepância nos perfis de discrepância elevados no momento inicial. Assim, no início do processo a paciente apresenta um maior nível de discrepância nos perfis *+Prazer -Dor*, *-Prazer +Dor*, *+Proximidade -Diferenciação* e *-Proximidade +Diferenciação*. Entre os perfis referidos, salienta-se o nível de discrepância do perfil *-Proximidade*

+Diferenciação que se encontra acima da linha do nível de discrepância na população perturbada, sendo que os restantes perfis se encontram mais próximos da linha correspondente aos níveis de discrepância na população não perturbada.

Do **momento inicial para o segundo momento** a Paciente 1 demonstra ter diminuído o nível de discrepância no perfil em que apresentava o nível de discrepância mais elevado. Assim o nível de discrepância do perfil *-Proximidade +Diferenciação* evolui da posição inicial, acima da linha da população perturbada, para o nível da linha da população não perturbada. Por sua vez, o nível de discrepância dos perfis *-Prazer +Dor* e *+Autoestima - Autocrítica* aumenta entre os dois momentos, sendo que o nível de discrepância do primeiro perfil se encontra ao nível da linha da população perturbada. Os restantes perfis mantêm a sua posição, encontrando-se abaixo da linha da população não perturbada.

Comparando o **momento 2 com o momento 3**, é possível verificar que a Paciente 1 diminui a discrepância no Perfil *-Prazer +Dor*, deixando de se encontrar na mesma posição que a linha da população perturbada. Contrariamente, a paciente revela ter aumentado o nível de discrepância nos Perfis *+Prazer -Dor*, *-Produtividade +Lazer* e *-Autoestima +Autocrítica*. De salientar que relativamente ao nível de discrepância do Perfil *+Prazer-Dor*, o aumento foi significativo, uma vez que a paciente se encontra, neste perfil, acima da linha da população perturbada. Por sua vez, os restantes perfis mantêm a posição abaixo da linha da população não perturbada.

Relativamente à evolução da paciente **do momento 3 para o momento 4**, observa-se que a Paciente 1 diminui, de forma acentuada, o nível de discrepância no Perfil *+Prazer -Dor*, descendo de um nível acima da linha de perturbado, para abaixo da linha de não perturbado. De forma concordante a discrepância no perfil *-Prazer +Dor* também diminui. Relativamente ao nível de discrepância dos perfis *+Autoestima-Autocrítica* e *-Autoestima +Autocrítica*, verifica-se que este aumenta, sendo o aumento mais significativo no primeiro perfil. Quanto aos restantes perfis, observa-se que existiu uma tendência para a paciente descer ligeiramente ou manter o nível de discrepância.

3.4. Discrepâncias do Self, Sintomatologia, Estimativa de Melhoria e Aliança Terapêutica

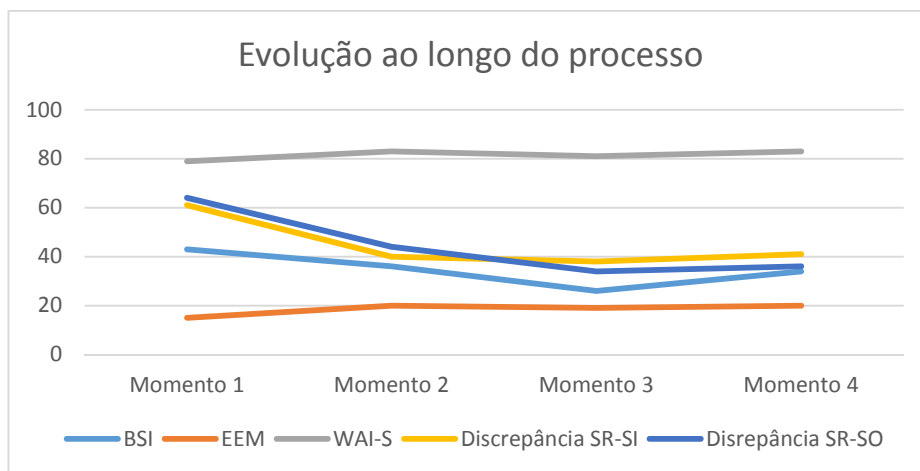


Figura 4. Valores médios da estimativa de melhoria, da discrepância entre *Self* Real e *Self* Ideal e *Self* Real-*Self* Obrigatório, da sintomatologia geral e da qualidade da aliança terapêutica na Paciente 1 ao longo do processo terapêutico

De forma a compreender a evolução da paciente ao nível das diferentes variáveis em estudo, apresenta-se de seguida a evolução relativamente às discrepâncias do *Self*, à sintomatologia, estimativa de melhoria e qualidade da aliança terapêutica, apresentada na Figura 4.

Olhando para a evolução dos níveis de discrepância do *Self* na Paciente 1, é possível compreender que a evolução da discrepância *Self* Real – *Self* Ideal e *Self* Real – *Self* Obrigatório apresentam um percurso similar. Assim, as duas discrepâncias diminuem de forma acentuada do momento 1 para o momento 2. Do momento 2 para o momento 3 a paciente revela diminuir a discrepância do *Self*, embora de forma ligeira relativamente à discrepância *Self* Real – *Self* Ideal. Por sua vez, do momento 3 para o momento 4 as discrepâncias do *Self* aparentam aumentar ligeiramente, na Paciente 1.

Relativamente ao nível de sintomatologia geral, a paciente 1 revela uma evolução tendencial, diminuindo o nível de sintomatologia do momento 1 para o momento 2 e do momento 2 para o momento 3. Por sua vez, do momento 3 para o momento 4, observa-se um ligeiro aumento no nível de sintomatologia da paciente, que, ainda assim se mantém mais baixo do que o mesmo no início do processo.

Relativamente à estimativa que a paciente faz da sua melhoria verifica-se que do momento inicial para o segundo momento a paciente aumenta a estimativa de melhoria, que por sua vez se mantém durante o restante período do processo, até ao último momento de avaliação.

No que respeita à qualidade da aliança terapêutica, observa-se que a paciente considera que, do momento 1 para o momento 2 a qualidade da mesma aumentou. Por sua vez, do momento 2 para o momento 3 a paciente considera que a qualidade da aliança diminuiu, voltando a aumentar do momento 3 para o momento 4.

Tal como foi referido a análise apresentada refere-se à evolução mais ilustrativa do padrão de evolução encontrado em quatro pacientes. Assim, os outros três pacientes, apesar de terem apenas dois momentos de avaliação, vão de encontro à evolução descrita na Paciente 1. Verifica-se assim, na evolução dos três pacientes (ver Anexo C), uma tendência para aumentar a capacidade de regulação da satisfação das necessidades. Relativamente à evolução do nível de funcionalidade dos processos e do nível de discrepância verificam-se oscilações na evolução dos diferentes processos e perfis, sendo a tendência global para aumentar a funcionalidade dos processos e diminuir o nível de discrepância dos perfis elevados no momento inicial (Anexo C). A sintomatologia tende a diminuir, acompanhada das discrepâncias do *Self*, tal como na Paciente 1, por sua vez a perceção da qualidade da aliança e a estimativa de melhoria tendem a manter-se, tal como é possível verificar no Anexo C.

Discussão e Conclusões

Inserida no âmbito do Modelo de Complementaridade Paradigmática, a presente investigação centrou-se no estudo da evolução da capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas, numa amostra clínica, ao longo do processo terapêutico. Assumindo que a capacidade de regulação das necessidades tem um papel mediador na mudança ao longo do processo terapêutico, perspetivou-se que a mesma se relaciona com a evolução do nível de funcionalidade dos processos, dos perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, bem como do nível de discrepância do *Self* e da qualidade da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico, e que possa também influenciar os níveis de sintomatologia e a estimativa de melhoria do paciente.

Definiram-se como objetivos a) comparar indivíduos, em início de acompanhamento psicoterapêutico, “com” e “sem” perturbação (a partir do valor de ponto de corte do Índice de Sintomas Positivos do BSI, > 1.70) quanto i) ao nível de regulação da satisfação das necessidades; ii) ao nível de funcionalidade dos processos, e iii) à estimativa de melhoria; b) analisar as mudanças que ocorrem ao longo do processo terapêutico quanto ao nível de

regulação da satisfação das necessidades, ao grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades; aos perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, ao nível das discrepâncias do *Self*, ao nível de sintomatologia, da qualidade da relação terapêutica e da avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria; c) Estudar a associação entre a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas ao longo do processo terapêutico e i) o grau de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades psicológicas; ii) os perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas; iii) as discrepâncias do *Self*; iv) a sintomatologia; v) a qualidade da relação terapêutica e vi) a avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria e d) estudar a associação entre o nível de discrepâncias do *Self* e a sintomatologia, ao longo do processo terapêutico.

No que respeita ao objetivo a) no qual se pretendia comparar indivíduos em início de acompanhamento psicoterapêutico, “com” e “sem” perturbação ao nível da capacidade de regulação das necessidades, grau de funcionalidade dos processos envolvidos na mesma e ao nível da estimativa de melhoria, foi possível encontrar diferenças, apesar de não significativas, entre as ordens médias dos resultados dos dois grupos nas diferentes variáveis em estudo. Assim, a hipótese 5 é corroborada, uma vez que indivíduos “não perturbados” apresentaram um maior nível de capacidade de regulação da satisfação das necessidades e de funcionalidade dos processos envolvidos na mesma e uma maior estimativa de melhoria do que indivíduos “perturbados”. Os resultados encontrados são concordantes com a investigação de Sol (2012), na qual foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos em análise no que respeita ao seu grau de regulação da satisfação das necessidades. O facto de nos resultados do presente estudo, ao nível da comparação de grupos, não existirem diferenças significativas poderá relacionar-se com a reduzida dimensão da amostra.

Relacionando os resultados da comparação inter-grupos encontrados no presente estudo, com os resultados de um estudo anterior (Carolino, 2014), verifica-se que o único processo que apresentou uma diferença marginal entre os grupos “com” e “sem” perturbação no estudo anterior, *Escolha e Compromisso*, revelou no presente estudo ser o processo onde se observa uma diferença maior nos resultados entre o grupo “com perturbação” e “sem perturbação”. Os resultados parecem ir de encontro aos resultados encontrados por Carolino (2014) por um lado e por outro parecem revelar que entre a população clínica, as diferenças relativamente ao nível de funcionalidade dos processos poderão ser mais vincadas.

Relativamente à concretização do objetivo de analisar as mudanças que ocorrem ao longo do processo terapêutico, verificaram-se diferenças, embora não significativas, nos resultados ao nível global de análise, referentes às diferentes variáveis em estudo, ao longo dos vários momentos observados. Estes resultados permitem assim corroborar, em parte, a hipótese 1 que previa que, com o decorrer do processo terapêutico, se verificasse um aumento na capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes, no grau de funcionalidade dos processos de regulação das mesmas e na avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria, bem como oscilações na perceção dos pacientes da qualidade da aliança terapêutica. Por outro lado previa-se que, segundo a hipótese 1, o nível de discrepâncias das necessidades, o nível das discrepâncias do *Self* e o nível de sintomatologia diminuíssem.

De acordo com os resultados a capacidade de regulação aumenta ao longo do processo, sendo que, por sua vez, a evolução do nível de funcionalidade dos processos e de discrepâncias dos perfis de regulação não segue um aumento linear, pelo que não se verificou uma tendência geral na sua evolução e se verificaram oscilações na mesma. Assim, a diminuição do nível de funcionalidade dos processos, do momento 1 para o momento 3 poderá relacionar-se com o aumento de consciência dos pacientes relativamente às suas dificuldades e ao seu papel nas mesmas, que poderá originar defensividade nos pacientes. Esta defensividade, consequente do ganho de consciência dos pacientes, poderá ainda contribuir para o aumento dos perfis de discrepância do momento 2 para o momento 3, observado na análise realizada pela investigação à qual a análise apresentada foi comum (Santos, 2015).

Através da análise descritiva individual da Paciente 1, a hipótese 1 é corroborada, verificando-se que, neste caso, a capacidade de regulação tende a aumentar, ao longo do processo, como seria expectável. Por sua vez, o nível de funcionalidade acompanha o aumento da capacidade de regulação, sendo que, em diferentes momentos de comparação se verifica o aumento de diferentes processos e, por outro lado, a diminuição de outros. Também na evolução dos perfis de discrepância a Paciente 1 revela oscilações, que vão de encontro aos resultados ao nível global de análise, sendo que, de forma global os perfis que se encontram inicialmente elevados, tendem a diminuir, de forma progressiva. As discrepâncias do *Self* diminuíram na paciente ao longo dos primeiros três momentos, tendo aumentado no último momento, algo que poderá relacionar-se com o aumento do perfil *-Autoestima +Autocritica* no mesmo momento. O nível de sintomatologia diminuiu, como esperado segundo a hipótese 1 e a estimativa de melhoria aumentou no segundo momento, mantendo-se nos restantes. A qualidade da aliança, no caso da Paciente 1, segue a evolução esperada, aumentando no segundo momento, diminuindo no terceiro e voltando a aumentar no quarto momento. Assim,

a aliança terapêutica, na análise individual, seguiu um processo semelhante a “tear and repair” (rutura e reparação), descrito por Bordin (1979) como inevitável e que segundo Kivlighan & Shaughnessy (2000) se relaciona com o padrão quadrático de desenvolvimento da aliança. Conceição & Vasco (2004) postulam que este processo acontece tendencialmente na transição da fase 3 para a fase, sendo assim relevante, de forma a confirmar esta tendência, aceder à informação acerca dos objetivos promovidos pelo terapeuta ao longo dos momentos, percebendo se vão de encontro às fases referidas.

No que diz respeito ao objetivo c), foi possível estudar a associação entre a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas ao longo do processo terapêutico e as restantes variáveis estudadas, verificando-se uma associação na evolução das mesmas. Assim verificou-se na análise global que, ao longo do processo terapêutico, à medida que o nível de regulação da satisfação das necessidades tende a aumentar, o nível de funcionalidade dos processos de regulação da satisfação das necessidades tende a acompanhar esse aumento, embora não de forma linear bem como a estimativa que o paciente faz da sua melhoria que tende a aumentar ao longo dos três momentos. Por outro lado, a sintomatologia geral tende a diminuir, à medida que tanto a capacidade de regulação como o nível de funcionalidade dos processos, como a estimativa que o paciente faz da sua melhoria aumentam. Por sua vez, a qualidade da aliança terapêutica acompanha o aumento da regulação das necessidades do momento 1 para o momento 2, mas tende a diminuir do momento 2 para o momento 3. Ainda assim quando comparados os momentos 1 e 3 a qualidade da aliança terapêutica aumenta, demonstrando como a qualidade da aliança tende a aumentar embora não siga um processo linear, passando por oscilações. Através da análise global realizada pela investigação que partilha da amostra e análise da presente investigação (Santos, 2015) foi possível compreender que se verificou um aumento tendencial das discrepâncias na regulação dos polos de necessidades e, por outro lado, observou-se uma diminuição no nível de discrepância do *Self* nos três momentos de comparação. Coloca-se a hipótese de que esta diminuição se relacione com o aumento da defensividade dos pacientes ao longo do processo e à medida que aumentam a consciência da não satisfação das suas necessidades. Por outro lado, sabendo que os perfis de discrepância na regulação das necessidades caracterizam um estilo patológico de funcionamento (Lopes, 2014), serão aspetos que demoram mais tempo a ser trabalhados, pelo que, no período referente à realização do estudo poderão ainda não ser visíveis mudanças ao nível da estrutura de personalidade.

Assim, a hipótese 2 foi parcialmente corroborada, uma vez que em algumas variáveis a associação verificada foi mais linear do que noutras. Com o decorrer do processo terapêutico

e, à medida que a capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes aumentou, verificou-se, tanto a nível global como individual, que a avaliação subjetiva que o paciente faz da sua melhoria aumentou, como esperado e que a qualidade da aliança percebida pelo paciente revelou um aumento inicial, seguido de um decréscimo e de um novo aumento, como era esperado na hipótese 2. No entanto, os resultados não permitiram concluir acerca da associação entre a capacidade de regulação e o nível de funcionalidade dos processos de regulação, uma vez que à medida que a capacidade de regulação aumenta, o nível de funcionalidade dos processos não revela uma evolução linear, tanto ao nível global como individual de análise. A diminuição inesperada do nível de funcionalidade dos processos poderá relacionar-se com o aumento de consciência dos pacientes, ao longo do processo terapêutico.

Por sua vez, a hipótese 3 que previa que, com o decorrer do processo terapêutico e à medida que a capacidade de satisfação da regulação das necessidades dos pacientes aumenta, os perfis de discrepâncias entre os polos de necessidades psicológicas, o nível de sintomatologia e o nível das discrepâncias do *Self* diminuíssem, foi parcialmente corroborada, quer através dos resultados globais, como individuais. À medida que a capacidade dos pacientes para regular as suas necessidades aumentou, verificou-se uma diminuição do nível de sintomatologia e no nível de discrepância do *Self*, o que vai de encontro à hipótese formulada. Contrariamente, o nível de discrepância dos perfis de discrepância na regulação das necessidades, não revelou uma diminuição coerente, sendo possível, na análise global encontrar oscilações na sua evolução. No entanto, na análise individual, o nível de discrepância dos perfis revela diminuir de forma progressiva, o que contribui para corroborar a hipótese 3. O facto de esta diminuição ser mais visível ao nível da análise individual do que na análise global poderá relacionar-se com as características dos pacientes, ou complexidade dos casos pertencentes à amostra.

Relativamente ao objetivo d) segundo o qual era pretendido estudar a associação entre o nível de discrepâncias do *Self* e a sintomatologia, ao longo do processo terapêutico, este apenas foi explorado, na presente investigação, ao nível da análise individual. A análise global relativamente às variáveis referidas foi realizada na investigação à qual a análise do presente estudo foi comum (Santos, 2015) e permitiu compreender que a sintomatologia tende a diminuir à medida que o nível de discrepâncias do *Self* também tendem a diminuir ao longo do processo terapêutico, corroborando a hipótese referida. Por sua vez, a análise individual realizada na presente investigação permitiu corroborar a hipótese, uma vez que a paciente revela uma evolução similar nas três variáveis, ou seja, à medida que a sintomatologia

diminuiu, o nível de discrepância entre *Self Real* e *Self Ideal* e entre *Self Real* e *Self Obrigatório* acompanhou essa diminuição, sendo que, no último momento de avaliação tanto a sintomatologia geral como o nível de discrepância do *Self* aumentaram ligeiramente, demonstrando a associação da evolução entre as duas variáveis.

O presente estudo, ao centrar-se na mudança ao longo do processo terapêutico e na forma como a capacidade de regulação evolui ao longo do mesmo e influencia as restantes variáveis integrantes do processo, parece contribuir para a investigação realizada no âmbito do MCP, principalmente ao nível da prática e tomada de decisão clínica.

Os resultados da presente investigação sugerem que a capacidade de regulação da satisfação das necessidades psicológicas tem um papel mediador na mudança, ao longo do processo terapêutico. Assim, o seu aumento, para além de ser acompanhado pelo aumento de pelo menos alguns dos processos envolvidos na sua regulação, parece associar-se a um aumento da estimativa de melhoria e da qualidade da aliança, não obstante as oscilações conhecidas e esperadas na mesma ao longo da terapia. Por outro lado, parece existir, à medida que a capacidade da regulação aumenta e, em pacientes com maior regulação das necessidades, uma menor sintomatologia, menores níveis de discrepância do *Self*. Por sua vez, os perfis de discrepância na regulação das necessidades parecem não seguir uma evolução linear, revelando-se, em pacientes com maior regulação, uma diminuição de alguns dos perfis em certos momentos do processo, aumentando noutros momentos do mesmo. As oscilações na evolução dos perfis de discrepância poderão relacionar-se com os aspetos estruturais com os quais estes se relacionam e que são aspetos que necessitam de processos mais longos de modo a serem trabalhados, por estarem enraizados no funcionamento individual.

Na análise individual da Paciente 1, que reflete um padrão no qual a capacidade de regulação aumenta ao longo do processo, a oscilação da evolução dos perfis de discrepância poderá relacionar-se com a necessidade de *Incoerência*, que parece ser a menos regulada. Por sua vez, as discrepâncias do *Self*, na Paciente 1, parecem diminuir tendencialmente, aumentando assim a semelhança entre o *Self Real* e os orientadores *Self Ideal* e *Obrigatório*, que regulam e avaliam o *Self Real* (Higgins, 1987), que por sua vez se relaciona com a diminuição da sintomatologia.

A análise intra-individual permitiu desta forma compreender a evolução das diferentes variáveis estudadas e a forma como se associam de uma forma mais pormenorizada, sendo possível elaborar algumas hipóteses. Assim, as oscilações ao nível dos perfis de discrepância poderão relacionar-se com a necessidade de *Incoerência*, por sua vez a que apresenta menor

regulação ao longo do processo. Por outro lado a associação observada entre uma maior capacidade de regulação e uma menor sintomatologia permite reforçar a ideia de que quanto mais capacitado o paciente estiver para satisfazer a regulação das suas necessidades psicológicas mais a intervenção poderá ir de encontro a uma redução sintomática (Vasco, 2013; Faria & Vasco, 2011).

O contributo da análise intra-individual, realizada neste estudo, relaciona-se principalmente com a oportunidade de analisar, de forma idiossincrática, embora com base em resultados quantitativos, como as diferentes variáveis em estudo evoluem, ao longo do processo terapêutico. Por outro lado, confirma como é importante olhar para a pessoa e para as suas especificidades, bem como adotar uma postura de responsividade, que permita ao terapeuta estar atento às oscilações na evolução que se poderão relacionar, com a própria evolução da aliança terapêutica, bem como com o próprio processo de ganho de consciência e defensividade que é necessário de forma a caminhar de encontro à mudança.

Foi possível contribuir para o estudo das diferenças entre grupos “perturbados” e não perturbados” relativamente á capacidade de regulação que, como já foi mencionado, tende a ser maior no segundo grupo. Ainda assim é possível complementar o conhecimento dessas diferenças, sendo que o grupo “com perturbação” apresenta, tendencialmente, um menor grau de funcionalidade dos processos e uma estimativa de melhoria menor, quando comparado com o grupo “sem perturbação”. Uma vez que a amostra é clínica, e que não foi recolhida informação acerca da complexidade das problemáticas, foi utilizado o critério do ponto de corte do Índice de Sintomas Positivos do BSI (> 1.70), que indicou a presença de perturbação em alguns dos participantes, mas não noutros, é possível compreender que, pessoas em acompanhamento terapêutico que revelam níveis menos elevados de perturbação ou que, tenham uma menor consciência da sua sintomatologia, parecem ter mais confiança de que vão melhorar, maior funcionalidade dos processos e maior capacidade de regulação. Tal contribui para a tomada de decisão clínica, na medida em que permite adaptar a intervenção e promoção de objetivos às características dos pacientes.

A presente investigação contribuiu para o estudo da capacidade de regulação da satisfação de necessidades psicológicas numa amostra clínica, ao longo do processo psicoterapêutico. Ainda assim, existem várias limitações inerentes ao presente estudo que são necessárias considerar, tendo em conta as próprias características da investigação.

A primeira limitação relaciona-se com as características da amostra, que por ser clínica

e de conveniência, não é representativa da população. A dimensão reduzida da amostra, consequente das dificuldades de recolha de dados num estudo longitudinal e com uma amostra clínica, não permite a generalização dos resultados. Os estudos longitudinais prendem-se com a dificuldade em obter uma amostra de participantes que concordem em participar num estudo que envolve a sua participação ao longo do tempo (Shaughnessy et al, 2012). Uma vez que não existiu disponibilidade de terapeutas experientes para colaborarem com o estudo, todos os participantes são estagiários académicos, originando uma limitação relativamente à experiência profissional dos terapeutas que acompanham os participantes. Tal contribui para a homogeneidade na amostra, por um lado, sendo que se coloca a hipótese de a inexperiência dos terapeutas poder ter contribuído para alguns resultados encontrados.

Por se tratar de um estudo longitudinal, a presente investigação acarreta ainda limitações como o desgaste, isto é, o abandono do estudo, por parte dos participantes, com o passar do tempo, sendo que à medida que as amostras diminuem, são menos prováveis de representar a população (Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister, 2012). No caso do presente estudo, faziam parte da amostra inicial doze pacientes, dos quais apenas seis se mantiveram no segundo momento, sendo que no terceiro momento apenas três pacientes continuaram o estudo e apenas um paciente foi observado no quarto momento. Consequentemente, a amostra final não é comparável com a amostra inicial, o que conduz a limitações ao nível da comparação estatística dos dados. Por sua vez, a dificuldade em realizar análises estatísticas constituiu uma outra limitação, sendo que, fruto do número reduzido da amostra foi recolhido um número reduzido de dados quantitativos. Por outro lado, a análise descritiva e longitudinal, com características de estudo de caso, permitiu obter resultados complementares aos resultados quantitativos já obtidos em estudos anteriores. Esta análise descritiva e individual permitiu obter dados mais ricos, com implicações produtivas para a tomada de decisão e prática clínica.

Por outro lado, uma potencial limitação dos estudos longitudinais, é a sensibilização dos participantes sobre a questão a ser investigada, neste caso a mudança/evolução. Tal pode despoletar uma medida reativa, conduzindo os participantes a responderem de forma diferentes por saberem o objetivo do estudo no qual estão a participar (Shaughnessy et al, 2012). Outro potencial problema relacionado com estudos longitudinais é a dificuldade em identificar as causas exatas para as mudanças observada nos indivíduos, ao longo do tempo (Shaughnessy et al, 2012). Tal relaciona-se com a natureza correlacional dos dados recolhidos, tornando difícil identificar as causas das mudanças nos indivíduos ao longo do tempo. No presente estudo esta foi uma limitação, na medida em que existem resultados com os quais não foi possível

estabelecer uma relação causal, sendo possível observar as mudanças que ocorreram, mas não o que causou ou precedeu as mesmas.

Por sua vez, a quantidade elevada de questionários que compõem o protocolo ao qual os participantes tiveram de responder (seis) é considerada uma limitação, na medida em que poderá ter contribuído para o enviesamento das respostas. Associado ao procedimento de recolha de dados, no qual o paciente respondeu aos instrumentos em casa, mais do que uma vez, tal poderá ter contribuído para respostas ao acaso, não sendo possível assegurar a disponibilidade mental, ao longo do processo, dos pacientes, para responder ao mesmo conjunto de questionários. Deve ainda ter-se em consideração que a totalidade dos instrumentos de avaliação utilizados no presente estudo são instrumentos de auto-relato, os quais implicam algumas desvantagens, nomeadamente ao nível do grau de sinceridade dos participantes na resposta aos mesmos, assim como ao nível da sua objetividade. Assim, os instrumentos utilizados revelam-se vulneráveis a distorções e enviesamentos, mesmo que não intencionais, sendo que não apresentam escalas de validade que permitam controlar os efeitos referidos.

No que diz respeito aos instrumentos utilizados na presente investigação, apesar de conhecidas as suas potencialidades, estes apresentam algumas limitações, uma vez que apresentam uma elevada validade facial. Tal pode gerar fenómenos de *faking good* ou *faking bad*, para além de serem igualmente vulneráveis a distorções não intencionais do sujeito, como a resposta ao acaso, uma vez que os instrumentos utilizados não têm escalas de validade que permitam controlar essas situações (Ben-Porath, 2003).

Também relacionada com o procedimento de recolha de dados, é possível considerar como limitação a questão de não ser possível assegurar, uma vez que o paciente preenche os questionários em casa, que as respostas foram dadas pelo próprio. De forma a colmatar as limitações consequentes do procedimento de recolha de dados, foi ponderada a hipótese de aplicar os questionários nas sessões de psicoterapia. No entanto, apesar de possibilitar a certeza que seria o próprio a responder, poderia prejudicar as sessões psicoterapêuticas, pelo tempo que iria despendar das mesmas, pelo que optámos por não o fazer.

Uma vez que a participação no presente estudo não era anónima, nem para os investigadores nem para o terapeuta, e tendo em consideração que este poderia ter acesso aos resultados, com o conhecimento do paciente, é possível que os participantes tenham respondido de acordo com o que seria desejável e tenha havido um enviesamento nas suas respostas. A limitação referida relaciona-se com um dos problemas recorrentes de estudos longitudinais. Segundo Shaughnessy et al (2012), uma vez que os participantes são avaliados mais do que uma vez, de forma a determinar as mudanças ocorridas, estes podem tentar ser “heroicamente

coerentes” entre as recolhas de dados. Nos estudos em que se pretende observar as mudanças esta limitação é particularmente relevante, uma vez que, embora possa ter ocorrido mudança, os participantes podem repetir as respostas iniciais de forma a parecerem coerentes (Shaughnessy et al, 2012).

Considera-se ainda uma limitação o facto do processo analisado ser de curta duração (de Janeiro a Junho), o que poderá ser pouco tempo para assegurar a consistência das capacidades estruturais de processamento desenvolvidas pelo paciente. O MCP propõe que os resultados são mais sólidos quando as componentes das fases precedentes estão suficientemente asseguradas, nesse sentido, serão importantes novos estudos que permitam articular a componente de promoção das estratégias de cada fase por parte do terapeuta com a capacidade estruturais desenvolvidas pelos pacientes, de modo a obter melhores resultados terapêuticos. (Conceição, 2005, 2010).

O apoio empírico do presente estudo relativamente à importância da regulação da satisfação de necessidades psicológicas, como mediadora da mudança terapêutica, acentua a relevância de se continuar a investigar este domínio. Seria importante realizar um estudo onde os dados fossem obtidos, ao longo do processo terapêutico, num maior período de tempo e utilizando uma amostra maior, o que poderá ser dificultado pelo facto de ser uma população clínica em processo terapêutico. Observar a evolução dos pacientes ao longo do processo, através de um número superior de momentos observados será uma mais-valia no sentido de permitir observar uma evolução mais longa, bem como possíveis oscilações, bem como a consolidação, ou não das mudanças.

Futuramente, seria pertinente estudar a evolução dos pacientes ao longo do processo, nas variáveis estudadas na presente investigação, utilizando uma amostra heterogénea relativamente à experiência dos terapeutas que acompanham os participantes. Por um lado, seria possível observar as diferenças na evolução dos pacientes acompanhados por terapeutas mais e menos experientes, sendo que, por outro lado, tornaria a amostra mais heterogénea e representativa da população.

Uma vez que a presente investigação analisou os dados de uma perspetiva quantitativa e, por outro lado de uma perspetiva mais descritiva, revelou-se pertinente que investigações futuras utilizem uma abordagem qualitativa de forma a obter um maior conhecimento sobre as variáveis em estudo. Tal permitirá aprofundar o conhecimento da evolução dos pacientes ao longo do processo terapêutico, no que diz respeito à forma “como” acontecem as mudanças, de forma a alargar a compreensão da forma como os pacientes regulam a satisfação das necessidades ao longo do processo e como essa mudança medeia outras mudanças alcançadas.

A relevância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas para o nível de sintomatologia, revela como é pertinente continuar a investigar este domínio, procurando identificar e diferenciar padrões de regulação da satisfação das necessidades. Em termos clínicos, poderá ser pertinente, por exemplo, aprofundar o estudo, ao longo do processo terapêutico, de quais as necessidades ou polaridades que mais contribuem para determinados tipos de perturbação, de modo a orientar a tomada de decisão clínica, ao nível das polaridades a que deve estar particularmente atento em determinado caso e em determinada fase da terapia.

A presente investigação entende-se como um contributo empírico para o entendimento da regulação da satisfação das necessidades como variável mediadora no processo terapêutico, cuja evidência tem vindo a ser revelada por estudos recentes no âmbito do MCP (Vasco, Conde, Fonseca, Sol & Telo, 2013; Carolino, 2014). Assim, apesar de não permitir aceder à forma “como” a mudança ocorre e como é mediada pela capacidade de regulação, o presente estudo abre um caminho nesse sentido, permitindo compreender como o aumento da regulação, ao longo do processo terapêutico, parece estar associado à evolução de outras variáveis envolvidas no mesmo, como é o caso da sintomatologia, que tende a diminuir.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barcelos, E. (2014). *Polaridades Dialécticas das Necessidades Psicológicas: Perfis de Discrepâncias e Relação com a Sintomatologia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ben-Porath, Y. S. (2003). Assessing personality and psychopathology with self-report inventories (Chapter 24). In: Graham, J. R., Naglieri, J. A., & Weiner, I. B. (Eds.), *Handbook of Psychology. Assessment Psychology* (Vol.10; pp. 553-577). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bernardo, F. (2011). *Necessidades psicológicas de proximidade e autonomia: Relação com o bem-estar e mal-estar psicológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and Self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 262-260.
- Cadilha, N. (2010). *Regulação da satisfação das necessidades de prazer e dor: Relações com bem-estar e distress psicológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Calinas, L. (2011). *Necessidade psicológica de exploração/tranquilidade: Relação com bem-estar e distress psicológico*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.
- Carolino, N. (2014). *Processos de Regulação: Relação com Necessidades, Bem-estar Psicológico e Sintomatologia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (2004). Is it time for another time? Alliance Development according to sequence of strategic objectives. Comunicação apresentada no 35º Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research, Roma, Itália.
- Conceição, N. M. (2005). *Articulação entre promoção e assimilação de objectivos estratégicos: Marcadores para a sequencialização temporal do processo*

- psicoterapêutico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do *Self* como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. *Psychologica*, 40, 55-73
- Conceição, N. M. (2010). *If you want to get ahead, get a sequence of general strategies: integrative decision making in real-world psychotherapy*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Conde, E. (2012). *Dialéctica de polaridades de regulação da satisfação das necessidades psicológicas: Relações com o bem-estar e distress psicológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica*, 4 (27), 479-491.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11 (4) 227- 268.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). Administration & procedures: BSI manual-I. Clinical psychometric research, USA.
- Doss, B.D. (2004). Changing the way we study. *Clin Psychol Sci Prac*, 11, 368-386.
- Epstein, S. (1993). Emotion and Self-Theory. In M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions*, 313-326. New York: Guilford.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential Self-theory of Personality. In Millon, T., & Lerner, M. J. (Eds), *Comprehensive Handbook of Psychology, Volume 5: Personality and Social Psychology*, 159-184. Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Faria, J., & Vasco, A. B. (2011). *Needs necessarily needed: A guide for clinical decision-making*. Comunicação apresentada na 27.^a Conferência da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Crossing the divide: SEPI's unique place in bridging the science-practice gap*, Washington, DC, EUA
- Ferreira, A. (2013). *Necessidades psicológicas, discrepâncias do Self e relação com o bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Fonseca, T. (2011). *Necessidade psicológica de controlo/cedência: Relação com bem-estar e distress psicológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.

- Gassmann, D., & Grawe, K. (2006) General Change Mechanisms: The Relation Between Problem Activation and Resource Activation in Successful and Unsuccessful Therapeutic Interactions. *Clin. Psychol. Psychother.* 13, 1–11.
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E., & Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press: New York.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychotherapy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Greenberg, L. Rice, L. & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*: New York Guilford Press.
- Guerreiro, D. (2011). *Necessidade psicológica de auto-estima/auto-crítica: Relação com bem-estar e distress psicológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Hatcher, R. L. & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1336.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating Self and affect. *Psychological Review*, 94, 319–340.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-Case Methodology in Psychotherapy Process and Outcome Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 373-380.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Greenberg, L. S. (1999). Ideal Psychotherapy Research: A study of Significant Change Processes. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (12), 1467-1480.
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007) Identifying Mechanisms of Change in Psuchotherapy: Mediators of Treatment Outcome. *Clin. Psychol. Psychother.* 14, 1–9.
- Jones, E. E. (1993). Introduction to Special Section: Single-Case Research in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 371-372.
- Kazdin, A. E. (1981). Drawing Valid Inferences From Case Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(2), 183-192.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 3, 1–27.

- Kivlighan, D.M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371.
- Lambert, M.J., Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp.139-193). New York: Wiley.
- Lopes, S. (2014) *Perfis de Discrepâncias de Necessidades Psicológicas: Relações com o Bem-estar e Distress Psicológicos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maslow, A. (1954; 1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Novo, R. F. (2005). Bem-estar e Psicologia: Conceitos e propostas de avaliação. *RIDEP*, 20(2), 183-203.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C.C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, 19 (2).
- Rodrigues, C. (2010). *Necessidade psicológica de coerência/incoerência: Relação com bem-estar e distress psicológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Romão, A. (2013). *Regulação da satisfação de necessidades psicológicas através de cenários emocionalmente activadores: Relação com o bem estar e distress psicológicos e sintomatologia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Rucha, S. (2011). *Necessidade psicológica de produtividade/lazer: Relação com bem-estar e distress psicológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Sexton, T. L. (2007) The therapist as a moderator and mediator in successful therapeutic change. *Journal of Family Therapy* 29, 104–108.
- Shaughnessy, J.J., Zechmeister, E.B. & Zechmeister, J.S. (2012) *Metodologia de Pesquisa em Psicologia*. [on-line] Retirado de: <https://books.google.pt/books?id=NvjzjRq1VYUC>
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Kim, Y., & Kasser, T. (2001). What is satisfying about satisfying events? Testing 10 candidate psychological needs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 325-339.

- Silva, G. (2013). *Polaridades Dialécticas: Relações com Bem-estar e Distress Psicológico e Sintomatologia..* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Sol, A. (2012). *Relações entre sintomatologia e necessidades, bem-estar e distress psicológicos.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia – Universidade de Lisboa, Portugal
- Vargues-Conceição, C. (2013). *Necessidades psicológicas e relações com bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia: Estudo da polaridade dialéctica prazer/dor.* Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (2005). A conceptualização de caso no modelo de complementaridade paradigmática: variedade e integração. *Psychologica*, nº 40, pp. 11-36.
- Vasco, A. B. (2006). Entre Nuvens e Relógios: Sequência Temporal de Objectivos Estratégicos e Integração em Psicoterapia. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 39, 9-31.
- Vasco, A. B. (2007). *Quando Menos é Melhor: A Arte de Comunicar em Psicoterapia.* Comunicação apresentada no Encontro Internacional “Comunicação e Saúde”, Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal.
- Vasco, A. B. (2009). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness.* Comunicação apresentada na 16.^a Conferência da *European Association for Psychotherapy: Meanings of Happiness and Psychotherapy*, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B., & Vaz-Velho, C. (2010). *The integrative essence of seven dialectical needs polarities.* Comunicação apresentada na 26.^a Conferência da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: One or many sciences for Psychotherapy Integration: What constitutes evidence?*, Florença, Itália.
- Vasco, A. B. (2012). *Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo: Em volta da integração em Psicoterapia.* Comunicação apresentada no 1.º Congresso Nacional da Ordem dos Psicólogos Portugueses, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (2013). Sinto e penso, logo existo!: Abordagem integrativa das emoções. *Psilogos*, 11(1), 37-44.
- Vasco, A. B., Conde, E., Fonseca, M. J., Telo, C., & Sol, A. (2013). *Putting it all together: Differential predictive values of early maladaptive schemas, alexithymia, emotional regulation, and the regulation of psychological needs satisfaction on psychological well-being/distress and symptomatology.* Comunicação apresentada na 29ª Conferência da

*Society for the Exploration of Psychotherapy Integration: Psychotherapy Integration:
Researchers*

- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development, 17*(2), 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- Wolfe, B. E. (2005). *Understanding and treating anxiety disorders: An integrative approach to healing the wounded Self*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford.

Anexos

Consentimento Informado

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Termo de Consentimento Informado

“Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas ao Longo do Processo Terapêutico”

Investigadores: Jessica Condeixa (jessicacondeixa@gmail.com)

Margarete Santos (magui.santos@gmail.com)

Orientador da Investigação: Professor Doutor António José dos Santos Branco Vasco

Vimos, desta forma, solicitar a sua participação nesta investigação de dissertação de mestrado em Psicologia, que decorrerá até Outubro de 2015, que tem como objectivo observar o seu progresso ao longo do processo terapêutico. A

sua participação consiste no preenchimento de instrumentos, que lhe serão entregues em sessão para que os preencha em casa, ao longo do processo terapêutico, sendo que cada um deles terá de ser preenchido de quatro em quatro sessões. O término de aplicação dos instrumentos será em Junho de 2015.

Instrumentos a serem aplicados e sua duração aproximada de preenchimento

- Inventário Breve de Sintomas (BSI) – duração aproximada de 15 m
- Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43) – duração aproximada de 15m
- Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN) – duração aproximada de 10m
- Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades (EPDN) – duração aproximada de 25m
- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI-S) – duração aproximada de 5m

- Escala de Estimativa de Melhoria (EEM) – duração aproximada de 2m

Aceito participar na investigação, autorizando a utilização dos dados recolhidos e estando informado/a de que:

- A participação nesta investigação é voluntária tendo a possibilidade de desistir, a qualquer momento, se assim o desejar.
- É-me garantida a confidencialidade (à excepção do meu terapeuta que terá a possibilidade de obter informação relativamente aos meus resultados)
- Não existem riscos significativos decorrentes da participação nesta investigação.

Data: / /

Caso tenha alguma dúvida relativamente ao presente estudo, à sua participação ou se estiver interessado(a) em obter informação relativamente aos resultados, poderá contactar as investigadoras através dos contactos de email acima mencionados.

Agradecemos a sua colaboração e disponibilidade.

Anexo B – Instruções para a Aplicação do Protocolo de Instrumentos

Instruções para a Aplicação do Protocolo de Instrumentos

(entregue aos terapeutas)

1. Protocolo de instrumentos a serem aplicados e duração aproximada de preenchimento

1.1 Instrumentos a serem preenchidos pelo paciente:

- Inventário Breve de Sintomas (BSI) – duração aproximada de 15 m
- Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43) – duração aproximada de 15m
- Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN) – duração aproximada de 10m
- Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades (EPDN) – duração aproximada de 25m
- Inventário da Aliança Terapêutica (WAI-S) – duração aproximada de 5m
- Escala de Estimativa de Melhoria (EEM) – duração aproximada de 2m

2. Procedimentos

- Entregar os seis instrumentos ao paciente, divididos por três pares de instrumentos, na sessão correspondente, para preencher em casa, e trazer na sessão seguinte.

1º Sessão - BSI + Escala das Necessidades (ERSN-43) + Consentimento Informado (assinado em sessão).

2º Sessão – Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)
+ Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades (EPDN)

3ª Sessão – Inventário de Aliança Terapêutica – Versão curta (WAI)
+ Escala de Estimativa de Melhoria (EEM- CP)

- Fazer um intervalo de quatro sessões

- Após um intervalo de quatro sessões aplicar novamente os seis instrumentos, tal como aplicados anteriormente.

8ª Sessão – BSI + Escala das Necessidades (ERSN-43)

9ª Sessão – Escala de Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)
+ Escala de Perfis de Discrepâncias de Necessidades (EPDN)

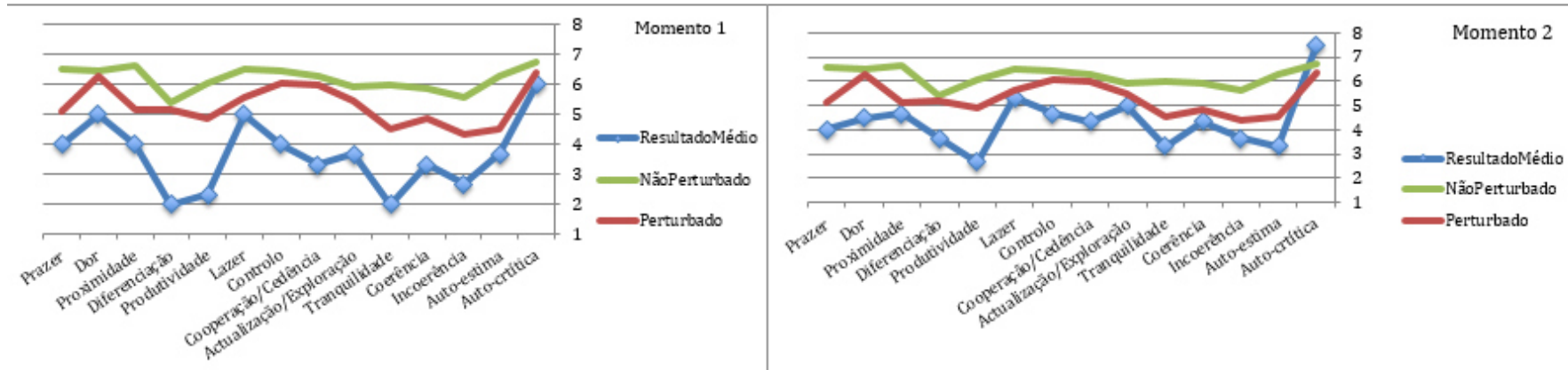
10ª Sessão – Inventário de Aliança Terapêutica – Versão curta (WAI)
+ Escala de Estimativa de Melhoria (EEM- CP)

- Fazer um intervalo de quatro sessões
- Após um intervalo de quatro sessões aplicar novamente os seis instrumentos, tal como aplicados anteriormente

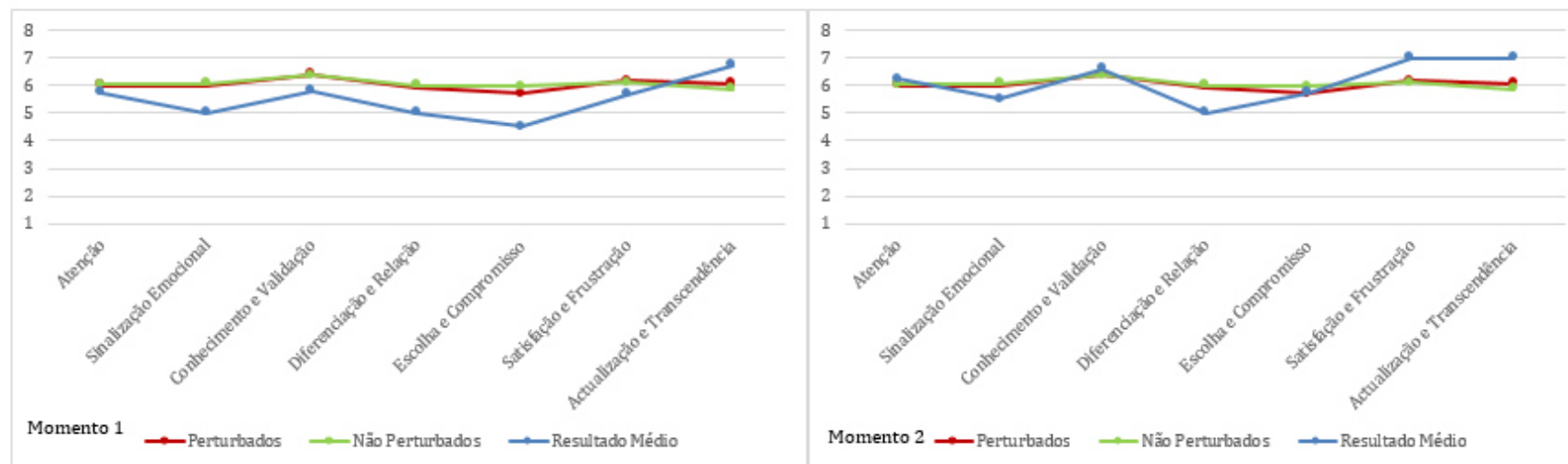
E assim sucessivamente, até à data do término da aplicação dos instrumentos (Junho de 2015)

Anexo C - Gráficos da Evolução dos Pacientes 7, 10 e 12 nas diferentes variáveis

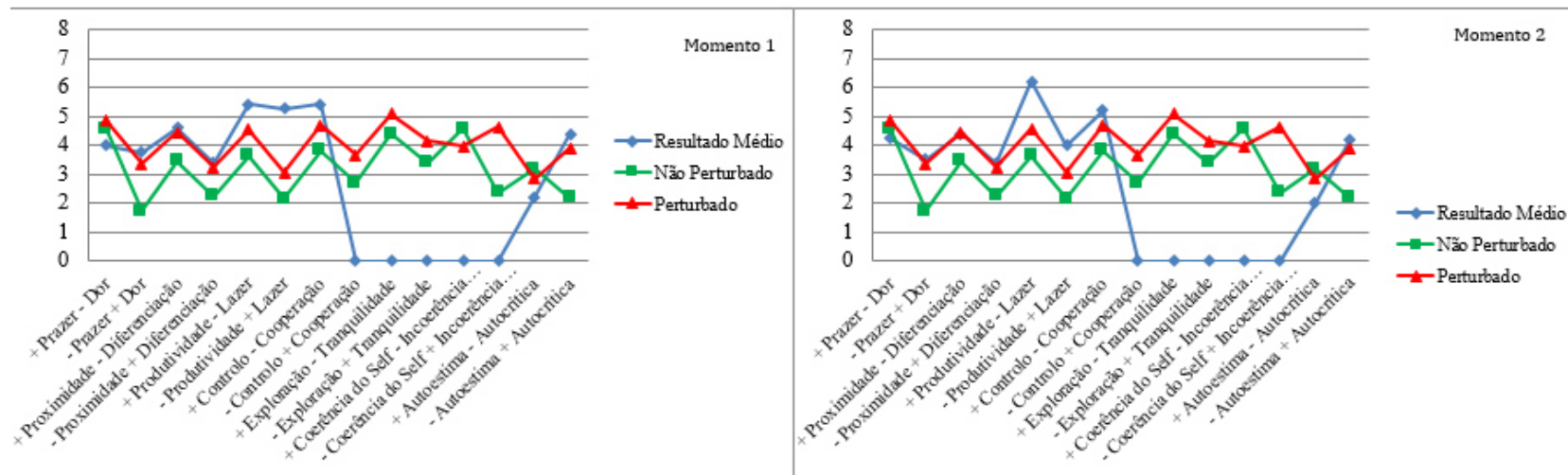
Paciente 7 - Capacidade de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN)



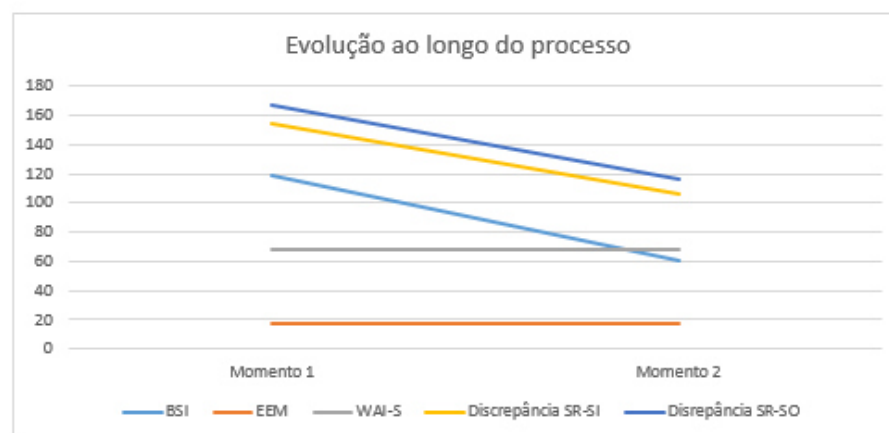
Paciente 7 - Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)



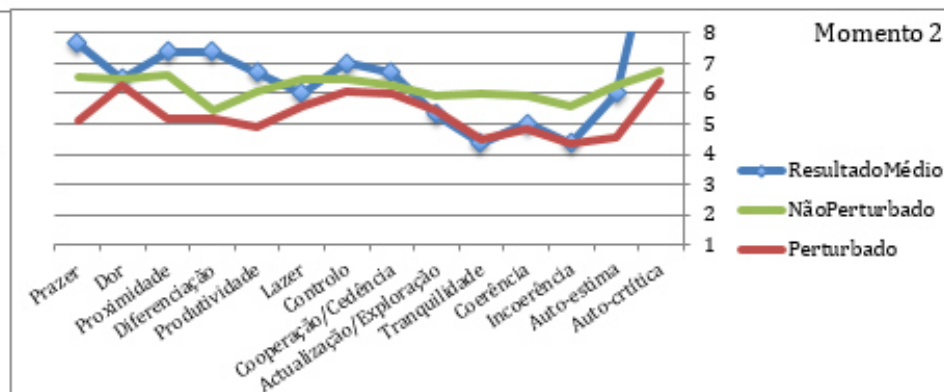
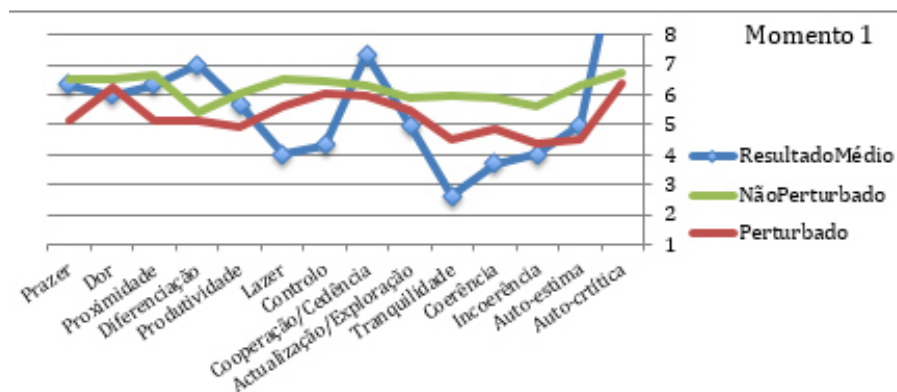
Paciente 7 - Perfis de Discrepâncias das Necessidades



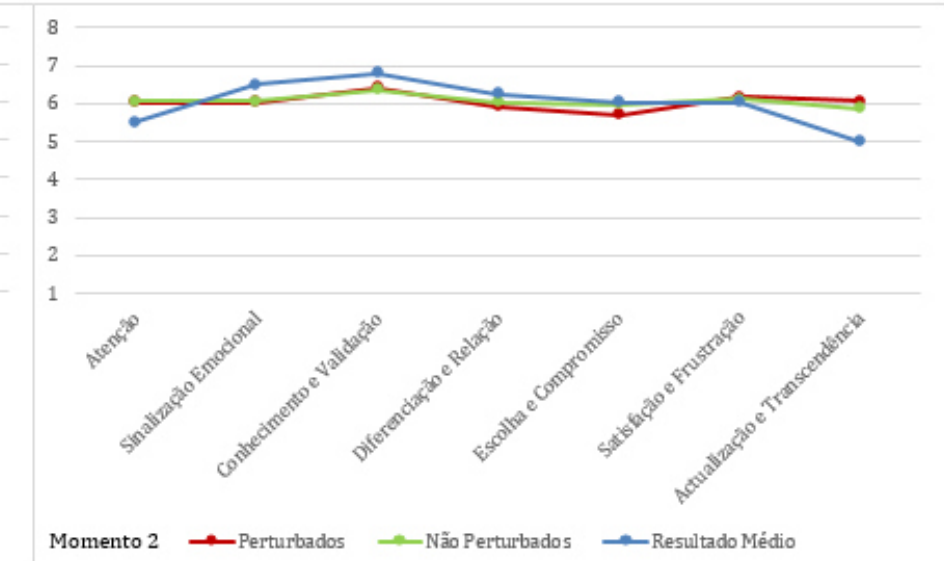
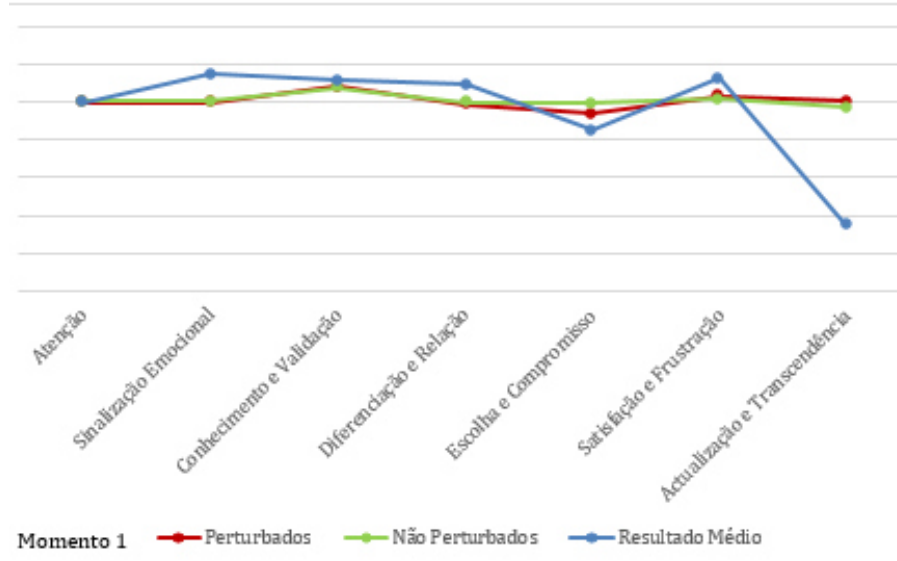
Paciente 7 - Discrepâncias do Self, Sintomatologia, Estimativa de Melhoria e Aliança Terapêutica



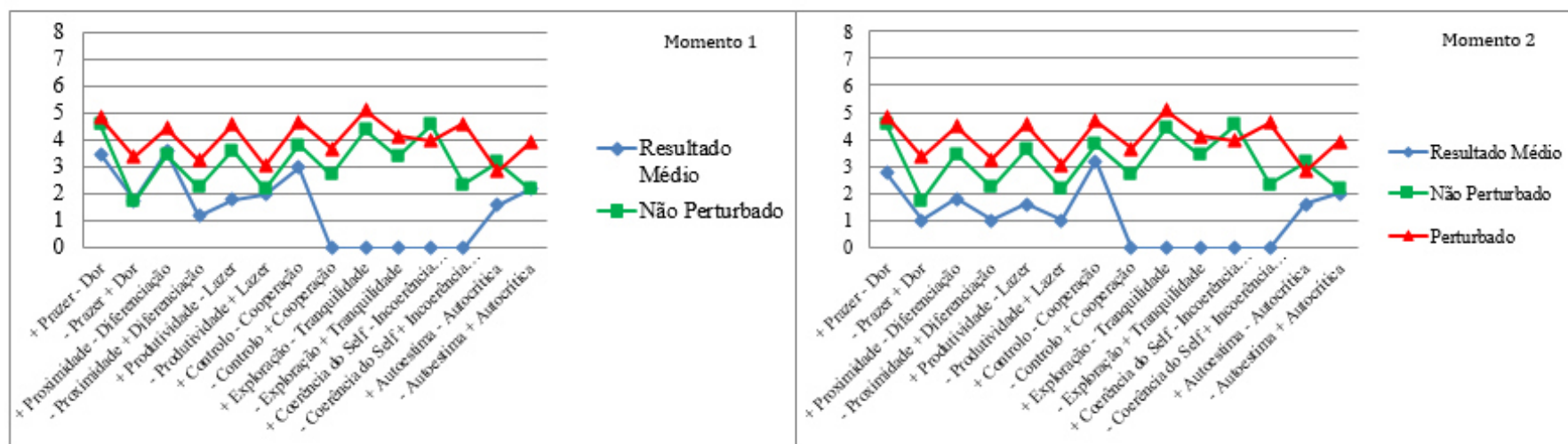
Paciente 10 - Capacidade de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN)



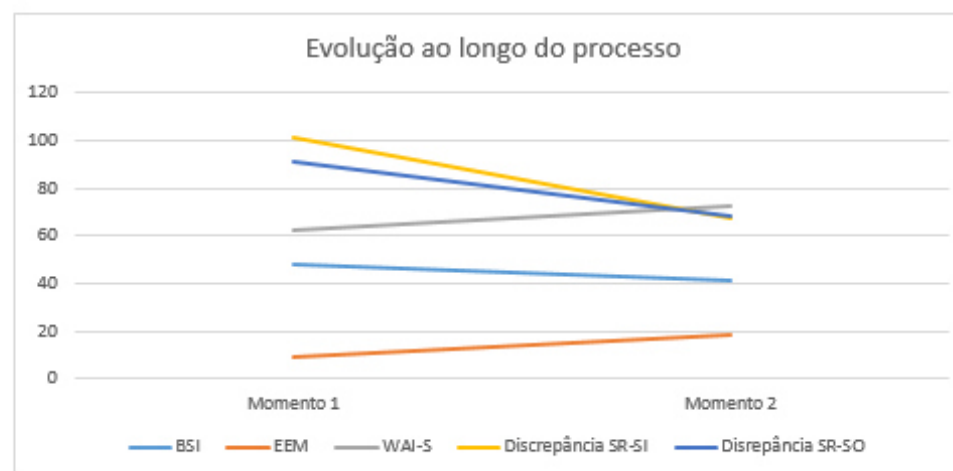
Paciente 10 - Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades (EPRSN)



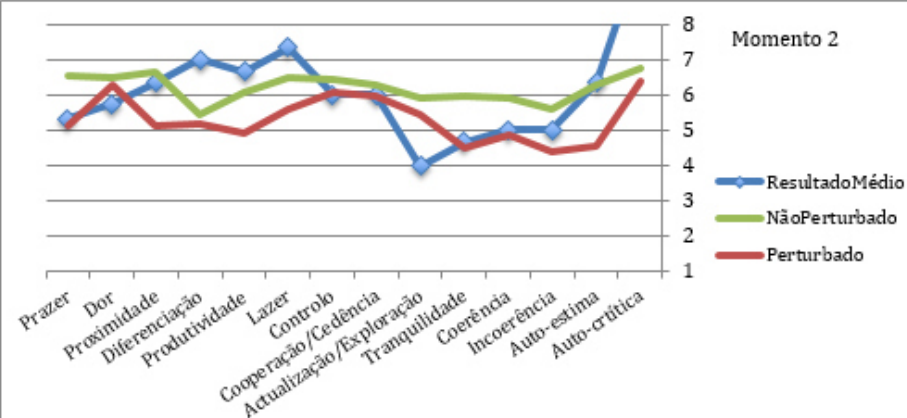
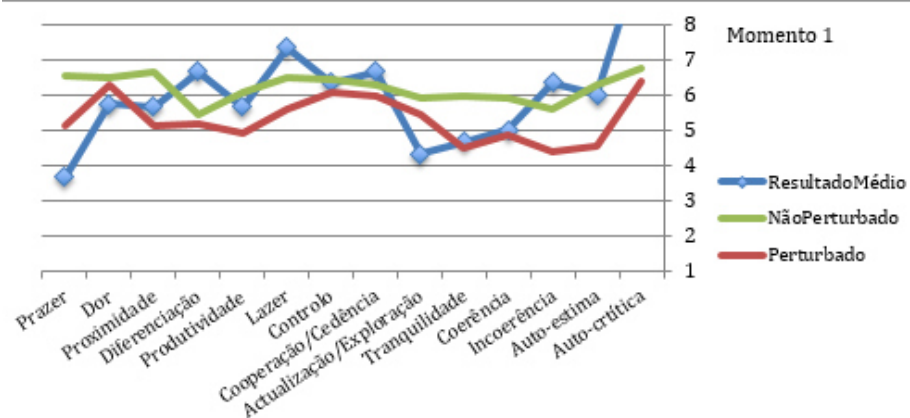
Paciente 10 - Perfis de Discrepâncias das Necessidades (EPDN)



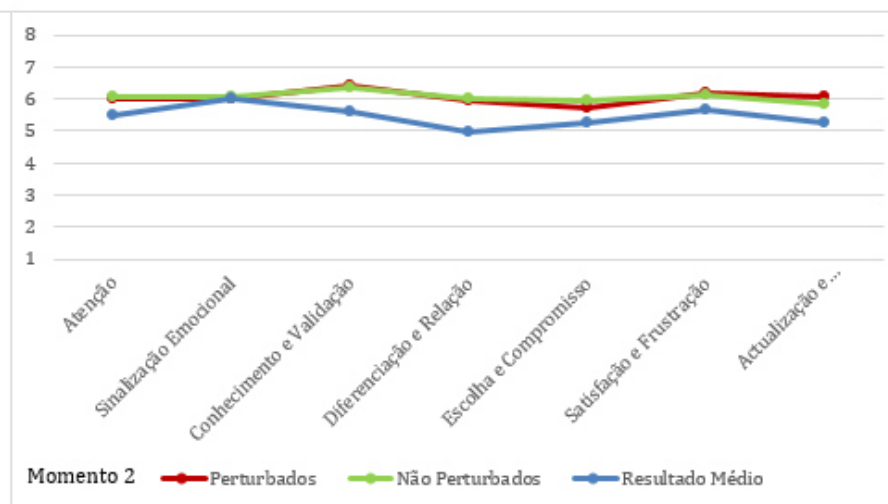
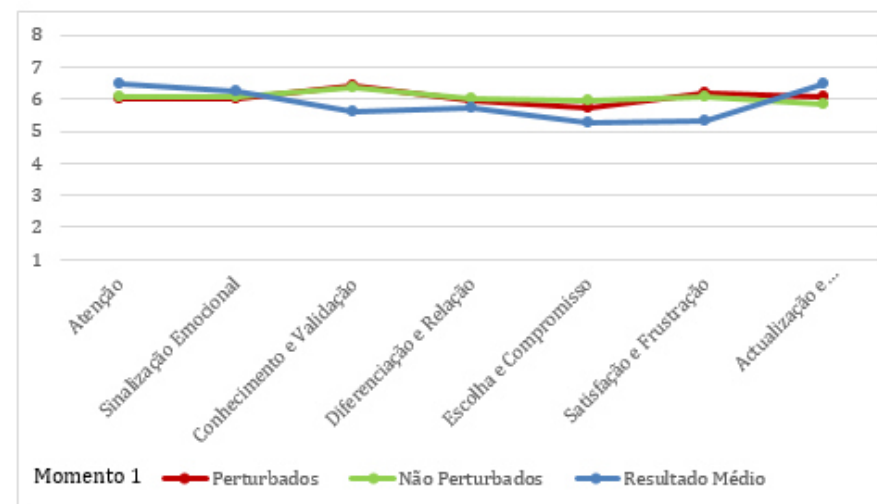
Paciente 10 - Discrepâncias do Self, Sintomatologia, Estimativa de Melhoria e Aliança Terapêutica



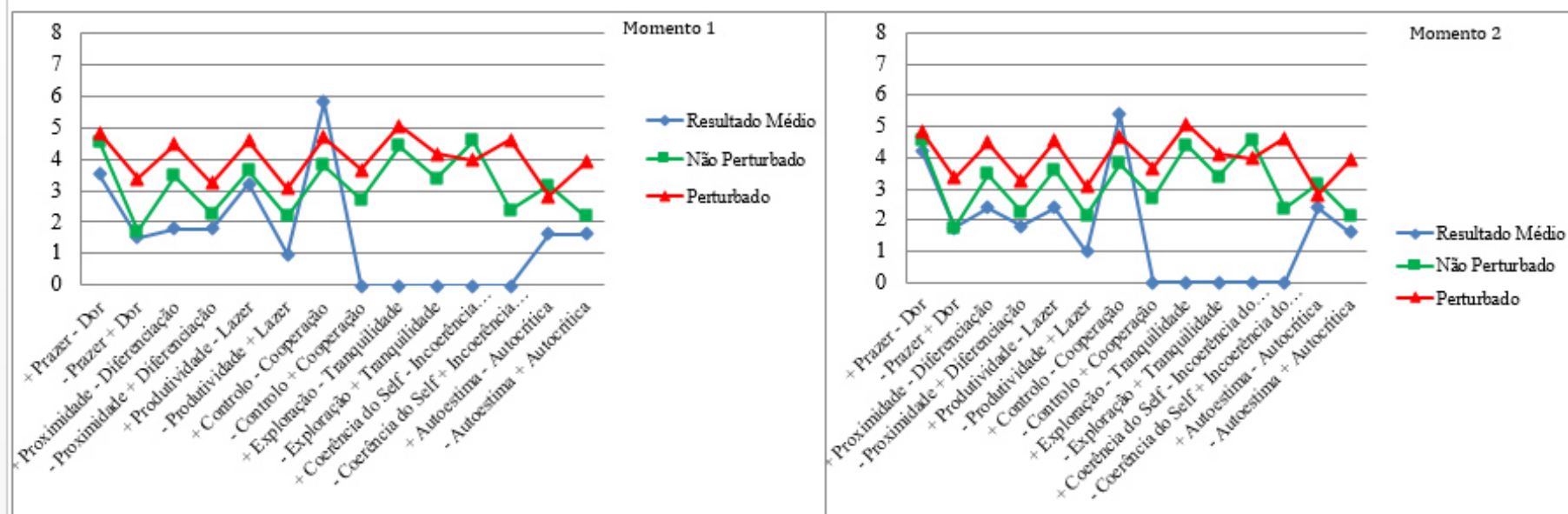
Paciente 12 - Capacidade de Regulação da Satisfação das Necessidades



Paciente 12 - Processos de Regulação da Satisfação das Necessidades



Paciente 12 - Perfis de Discrepâncias das Necessidades



Paciente 12 - Discrepâncias do Self, Sintomatologia, Estimativa de Melhoria e Aliança Terapêutica

